



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Tradition in Transition – Perspektiven afrikanischer Frauen mit Migrationserfahrung in Wien zur weiblichen Genitalbeschneidung aus einem gendergeographischen Blickwinkel.“

verfasst von / submitted by

Kathrin Hahn, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 855

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Geographie

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Karl Husa

To all women of African descent who are affected by FGM/C.



Das Warten auf Veränderung

(eigene Aufnahme 2021)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe,
- dass ich dieses Masterarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe
- und dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit vollständig übereinstimmt.

Wien, 18. Oktober 2021

Kathrin Hahn

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, um mich bei all jenen zu bedanken, die mich während meines Geographiestudiums und bei meinem letzten Wegstück – der Masterarbeit – begleitet und unterstützt haben:

Ein besonderes Dankeswort richtet sich an meine *Eltern*, die mir das Studieren in Wien erst ermöglicht und an mich geglaubt haben. Danke, dass ihr mir mit Rat und Tat zur Seite steht, mir ein wunderbares zu Hause und stets ein offenes Ohr schenkt.

Ein weiteres Danke gilt meiner *Schwester*, die mir als Schwester und Freundin durch Korrekturlesungen und stressige Zeiten geholfen hat. Danke, dass du mich daheim immer mit offenen Armen empfängst und Verständnis für meine ausführlichen Erzählungen hast.

Ebenfalls bedanke ich mich bei meinen *Großeltern*, die mich auf meinem bisherigen Lebens- und Studienweg unentwegt unterstützt und durch Zusprüche ermutigt haben.

Ein spezieller Dank gilt meinem *Freund*, der die Höhen und Tiefen des Studiums und meine Launen miterleben durfte, mir jedoch stets Verständnis entgegenbrachte. Danke, dass du mich während meiner Studienzeit seelisch unterstützt und mich immer motiviert hast.

Des Weiteren möchte ich mich bei meinem *Betreuer*, Ao. Univ.-Prof. Dr. Karl Husa bedanken, der mich bei meinen Vorstellungen und Ideen von Beginn an bestärkte und meine Fragen während des Forschungsprozesses stets unverzüglich beantwortete.

Auch bei den 11 *Interviewpartnerinnen* bedanke ich mich herzlich, die mir Zeit und Vertrauen schenkten und dazu bereit waren, mir Einblicke in ihre persönlichen Lebenswelten zu geben. Ohne sie hätte diese Arbeit nicht verwirklicht werden können.

Für ihr Engagement, die gewissenhafte Korrekturlesung, die Verbesserungsvorschläge und das Feedback bedanke ich mich bei meiner *Korrekturleserin* Jasmin Fürbach, BA BA.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei allen *Menschen* und *Sozial- und Gesundheitsinstitutionen*, die mich bei der Kontaktherstellung zu den Interviewpartnerinnen unterstützten und mir viele gute Wünsche in Bezug auf meine Masterarbeit zukommen ließen, bedanken.

Danke !

Kurzfassung

Hintergrund/ Ziele: Bei der weiblichen Genitalverstümmelung/-beschneidung (FGM/C) handelt es sich um eine tradierte, kulturelle, meist universelle Praxis, von der weltweit ungefähr 200 Millionen Mädchen und Frauen betroffen sind. Aufgrund steigender Migrationsbewegungen sind auch Länder wie Österreich mit diesem Thema konfrontiert. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Einstellungen afrikanischer Frauen, die aus einem praktizierenden Herkunftsland stammen und nach Wien migriert sind, gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung zu erfassen. Dabei sollen die Faktoren, die zu einer möglichen veränderten Einstellung führten, der Zusammenhang zwischen persönlicher Betroffenheit und der Einstellung, die Rolle von FGM/C in Wien, sowie die mögliche gegenseitige Beeinflussung zwischen den befragten Frauen und Personen im Herkunftsland untersucht werden.

Methoden: Neben einer Literaturrecherche, die den internationalen Diskurs und Trends in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung umfasst, wurden zwischen März und Juni 2021 insgesamt 11 qualitative, leitfadengestützte Interviews mit afrikanischen Frauen in Wien geführt. In dieser Studie sind Frauen aus Äthiopien, Kenia, Nigeria, Somalia und Sudan vertreten. Zudem konnten die verbalen Aussagen durch die partizipative Methode des *Body Mappings* visuell gestützt werden.

Ergebnisse: Von den 11 befragten Frauen vertreten 9 eine ablehnende Haltung gegenüber FGM/C, 1 Frau befürwortet die Beschneidung, während wiederum 1 andere Frau ambivalente Ansichten hegt. Die Faktoren, die zum Umdenken oder Hinterfragen der Praxis führten, umfassen die persönliche Betroffenheit oder Erlebnisse, die Migration, der Austausch mit anderen Kulturen und Menschen, Aufklärung, Bildung, Medien und Religion. In Wien existiert eine Gruppe von Menschen, die an der Beschneidung festhält und diese befürwortet, sie jedoch aufgrund des aktuellen Gesetzesstandes nicht ausüben kann. Den Einfluss, den Frauen auf die Einstellung von Menschen im Herkunftsland haben, ist teilweise vorhanden, wobei Herausforderungen wie schlechte Familienverhältnisse, Tabuisierung, Desinteresse, Machtlosigkeit, Verwestlichung, mangelnde Erfahrungen, sowie die Sozialisierung genannt werden. Eine Befragte verspürt Druck von ihrer Mutter im Herkunftsland, FGM/C bei ihrer Tochter zu praktizieren.

Schlüsselwörter: Migration, Einstellungen, weibliche Genitalbeschneidung, Diaspora, Wien, FGM/C, Faktoren, Qualitativ

Abstract

Background/ Objective: Female genital mutilation/ circumcision (FGM/C) is a traditional, cultural, mostly universal practice that affects around 200 million girls and women worldwide. Due to migration, countries like Austria are also confronted with this issue. The aim of this study is to explore the attitudes of African women who migrated from a practicing country to Vienna towards FGM/C. In this context, the factors that led to possible changes in attitudes, the relationship between personal experiences and the attitude, the role of FGM/C in Vienna and the influence of the diaspora on the perspectives of people in their country of origin and vice versa are examined.

Methods: In addition to an extensive literature research that presents the international discourse and trends in relation to female genital cutting, 11 qualitative, semi-structured interviews with African women from a practicing country of origin were conducted in Vienna between March and June of 2021. The countries of origin include Ethiopia, Kenya, Nigeria, Somalia and Sudan. In addition to the verbal statements, the method of *body mapping* was employed to ensure a visual, participatory representation of the views on FGM/C.

Findings: Most participant, 9 out of 11, reject FGM/C and demonstrated a changing attitude. Despite the fact that the majority is against the practice, 1 woman supports it and wishes for its continuation whilst another woman harbors ambivalent feelings towards the practice. The factors that led to rethinking or questioning the practice include personal experiences, migration, contact with other cultures and people, education, media and religion. In Vienna, a group of people exists who hold on and support FGM/C but who are unable to practice it due to the law. The influence these women have on the attitudes of people in their country of origin faces challenges such as bad family relationships, lack of experiences, westernization, lack of interest, taboo, powerlessness. Further, 1 woman in Vienna feels pressure from her mother from Somalia to circumcise her daughter.

Keywords: Migration, Attitudes, Female Genital Circumcision, Diaspora, Vienna, FGM/C, Factors, Qualitative

Abkürzungsverzeichnis

BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DHS	Demographic and Health Surveys
EIGE	European Institute for Gender Equality / Europäische Institut für Gleichstellungsfragen)
EU	Europäische Union
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting (weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung)
FGM	Female Genital Mutilation (weibliche Genitalverstümmelung)
FGC	Female Genital Circumcision /Cutting (weibliche Genitalbeschneidung)
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
MC	Male Circumcision / Männliche Beschneidung
MENA	Middle East & North Africa
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
NAP	Nationaler Aktionsplan
NGO	Non-Governmental Organisation
PZI	Problemzentriertes Interview
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
StGB	Strafgesetzbuch
TTM	Transtheoretisches Modell
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VHS	Volkshochschule
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Fragestellung und Zielsetzung	4
1.2	Aufbau	6
1.3	Trends	7
1.4	Selbstreflexion	9
1.5	Verortung in der Geographie	14
2	Methodik	16
2.1	Literaturrecherche	16
2.2	Qualitative Interviews.....	19
2.2.1	Interviewleitfaden.....	20
2.2.2	Vorgehen und Durchführung.....	22
2.2.3	Auswertung und Analyse	26
2.3	Body Mapping	32
2.3.1	Vorgehen und Durchführung.....	34
2.3.2	Auswertung und Analyse	35
3	Theoretische Perspektiven	37
3.1	Begriffe	37
3.2	Kultur- und Verhaltenstheorien	42
3.2.1	Mentale Programmierung.....	43
3.2.2	Lebenswelt.....	45
3.2.3	Cultural Moments.....	46
3.2.4	Soziale Konventionstheorie.....	52
3.2.5	Akkulturation und Integration	53
3.2.6	Transtheoretisches Modell.....	56
3.3	Exkurs I: Kosmetische Chirurgie.....	60
3.4	Exkurs II: Männliche Beschneidung.....	62

4	Grundlagen der weiblichen Genitalbeschneidung	65
4.1	Definition und Ursprung.....	65
4.2	Terminologie.....	66
4.3	Verbreitung	68
4.4	Formen	72
4.5	Alter und Entscheidungsträger*innen.....	74
4.6	Durchführung und Ort	76
4.7	Gründe	77
4.8	Folgen	84
5	Die weibliche Genitalbeschneidung im Migrationskontext.....	89
5.1	Einstellungen gegenüber FGM/C nach der Migration.....	89
5.2	Faktoren der Meinungsänderung	99
5.3	Diaspora	108
6	Länderspezifische Daten zu FGM/C	112
6.1	Herkunftsländer	113
6.1.1	Äthiopien	113
6.1.2	Kenia.....	114
6.1.3	Nigeria	116
6.1.4	Somalia	117
6.1.5	Sudan	118
6.1.6	Zusammenfassung	119
6.2	Österreich.....	120
6.2.1	Daten und Fakten.....	120
6.2.2	Studienlage	124
6.2.3	Soziopolitische & institutionelle Entwicklungen	127
6.2.4	Rechtliche Rahmenbedingungen	130
7	Empirische Ergebnisse	133

7.1	Interviewpartnerinnen	133
7.2	Inhalte aus den Interviews	136
7.2.1	Einstellungen	136
7.2.2	Prozess und Faktoren der Reflexion	139
7.2.3	Die Rolle von FGM/C in Wien	151
7.2.4	Diaspora	155
7.3	Body Maps	162
7.4	Triangulation der empirischen Zugänge	171
8	Diskussion	174
9	Conclusio	182
10	Reflexion empirischer Zugänge	186
10.1	Qualitative Interviews	186
10.2	Body Mapping	190
11	Stärken und Limitationen	193
12	Abbildungsverzeichnis	198
13	Tabellenverzeichnis	199
14	Literaturverzeichnis	200
	Anhang I – Informationsblatt	217
	Anhang II – Interviewleitfaden	218
	Anhang III – Kodierleitfaden	223
	Anhang IV – Body Maps	227

1 Einleitung

*„Teil ist weg, ich lebe nur, meine Prozent ist tot und ich lebe noch, das ist,
ich bin noch immer nix 100%ige Mensch“ (Befragte 10)*

10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0 – Alle 10 Sekunden werden Genitalien von Mädchen unter 12 Jahren beschnitten (UNICEF 2007). Bei der Genitalverstümmelung/-beschneidung (FGM/C) handelt es sich um eine tief verwurzelte kulturelle Praktik, die die teilweise oder vollständige Entfernung äußerer weiblicher Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht-medizinischen Gründen umfasst (WHO 2020). Weltweit sind nach Schätzungen von UNICEF (2020d) mehr als 200 Millionen Mädchen und Frauen in mehr als 31 Ländern von FGM/C betroffen.

Obwohl die Genitalbeschneidung primär im afrikanischen und teilweise im asiatischen Raum vorzufinden ist und bis heute praktiziert wird, handelt es sich aufgrund von Migration und Globalisierung um kein lokales, sondern um ein globales Phänomen, das weitaus mehr Länder betrifft. Durch die Migrationsbewegungen und die Diaspora-Gemeinschaften in den jeweiligen Einwanderungsländern ist es nötig, das Thema aufzugreifen, zumal ungefähr die Hälfte (48 %) aller Geflüchteten weltweit (2019: 79,9 Millionen) Frauen sind. (Johnsdotter & Mestre 2015; UNHCR 2020; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019)

In der Europäischen Union (EU) leben die meisten Mädchen und Frauen aus praktizierenden Ländern in Österreich, Belgien, Dänemark, Deutschland, Spanien, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal, Schweden und dem Vereinigten Königreich (Europäische Kommission 2013).

Auf der Landesebene lässt sich Folgendes sagen: In Österreich lebten am 01.01.2020 gemäß Statistik Austria (2021) 15.668 Mädchen und Frauen mit einem afrikanischen, FGM/C- praktizierenden Geburtsland, für Wien beträgt die Anzahl 8.713. Die aktuellsten Daten hinsichtlich von FGM/C für Österreich stammen aus einer Studie aus dem Jahr 2000. Gemäß dieser waren damals zwischen 6.000 und 8.000 Mädchen und Frauen von FGM/C betroffen. (Afrikanische Frauenorganisation 2000)

Trotz der Tatsache, dass die Daten im Jahr 2000 erhoben wurden ist es Fakt, dass in Wien Frauen aus praktizierenden Herkunftsländern leben. Die Meinungen gerade dieser Frauen über FGM/C stellen den Gegenstand dieser Forschungsarbeit dar.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Einstellung von Frauen mit Migrationserfahrung, die aus unterschiedlichen praktizierenden afrikanischen Ländern stammen und zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Wien lebten. Dabei wird der Fokus auf die subjektiven Einstellungen von Frauen gelegt, die Faktoren, die ihre Meinung beeinflussen, die Rolle der Beschneidung in Wien, sowie die mögliche gegenseitige Beeinflussung zwischen den befragten Frauen und Personen im Herkunftsland. Dieser Ansatz wurde in kultur-, sozial- und verhaltenswissenschaftliche Perspektiven eingebettet. Da die Einstellung afrikanischer Frauen mit Migrationserfahrung in Wien im Vordergrund steht, wurden qualitative Interviews durchgeführt, um die individuellen Sichtweisen und Lebenswelten zu erfassen. Ergänzend dazu fand die Gestaltung von Body Maps¹ Einzug, um die verbalen Inhalte durch visuelle zu ergänzen.

Die Relevanz des Themas ist unter anderem dadurch gegeben, dass die Praxis bis heute in den Herkunftsländern und den Einwanderungsländern Bestand hat. Die Einstellungen der befragten Frauen lassen somit tendenzielle Rückschlüsse zur Ablehnung und Befürwortung von FGM/C zu.

Zudem führte die Covid-19-Pandemie zu einem erhöhten Anstieg weiblicher Genitalbeschneidungen in manchen Regionen. Dies ist den Lockdowns, die als Gelegenheit genutzt werden, um FGM/C durchzuführen, der Notwendigkeit höherer Brautpreise aufgrund wirtschaftlicher Probleme, sowie dem mangelnden Zugang zu Aufklärungskampagnen geschuldet, die allesamt in Verbindung mit der Pandemie stehen. (ORCHID 2020) Aufgrund dessen erhöht die Pandemie das Beschneidungsrisiko, wobei in den nächsten 10 Jahren weitere zwei Millionen Fälle weiblicher Beschneidung vermutet werden, die ohne Pandemie möglicherweise verhindert worden wären (UNFPA 2021).

Wien wurde als Untersuchungsort gewählt, da es sich dabei sowohl um die Hauptstadt Österreichs als auch meinen derzeitigen Wohn- und Studienort handelt. Zudem ist die Erreichbarkeit von Interviewteilnehmerinnen in der Großstadt eher gegeben, als in peripheren Gebieten. Darüber hinaus kann nach einschlägiger Literaturrecherche festgelegt werden, dass es sich bei dem Forschungsansatz dieser Arbeit um eine Perspektive handelt, die bislang kaum Gegenstand des wissenschaftlichen Interesses in Österreich oder Wien war.

¹ Dabei handelt es sich um eine Methode, die Körperkarten zur individuellen Gestaltung verwendet (De Jager et al. 2016).

Das Vorwissen zu diesem Thema stammt aus dem Bachelor- und dem Masterstudium der Geographie. Die Schwerpunkte meines Studiums waren auf die Migrations- und Fluchtforschung ausgerichtet, wobei das Wissen im Rahmen des Geographiestudiums durch Wahlfächer der Soziologie und der Kultur- und Sozialanthropologie, sowie außeruniversitärer Vorträge und Volontariate ergänzt wurde.

Die Freiwilligenarbeit bei einer gemeinnützigen Organisation in Wien, bei der ich zwei Frauen aus Somalia kennenlernte, führte dazu, dass ich mich im Rahmen meiner Bachelorarbeit mit frauenspezifischen Fluchtursachen in Somalia beschäftigte. Dabei kristallisierte sich das Interesse an der weiblichen Genitalbeschneidung heraus. In dieser Masterarbeit strebe ich nun eine Vertiefung eben dieses Themas an.

Ich habe versucht auf geschlechtsneutrale Formulierungen zu achten. Um dennoch eine geschlechtergerechte Sprache zu verwenden, wird der Genderstern * verwendet, um die „*sprachliche Gleichbehandlung aller Geschlechter*“ zu berücksichtigen (Dudenredaktion 2021). Bei Bezeichnungen, die bewusst von *Frauen* und *Männern* sprechen, wird kein Genderstern angeführt, da dadurch die bestehenden Geschlechterkonstrukte verdeutlicht werden können. Um Unklarheiten vorzubeugen, bezieht sich der Terminus *Frau* und *Mann* in dieser Arbeit auf all jene die sich selbst als Frau oder Mann fühlen, wahrnehmen oder definieren.

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Diese Arbeit zielt auf ein besseres Verständnis für die Einstellung gegenüber FGM/C nach der Migration (*post-migration*) ab, wobei die Individuen und deren subjektive Wahrnehmung und Einstellung im Fokus stehen. Trotz der globalen Bemühungen im Kampf gegen FGM/C ist es nötig, das Thema auf der Mikro- beziehungsweise Akteur*innenebene zu betrachten, da detaillierte Informationen aufgrund der persönlichen Erfahrung oder auch Lebensrealitäten der Frauen zum Verständnis, sowie zur Bekämpfung beitragen. Durch den *Bottom-up*-Ansatz wird in dieser Arbeit versucht, sich möglichst nahe an den Lebenswelten der befragten Frauen zu orientieren und nicht ausschließlich eine Arbeit über sie zu schreiben. Dabei soll die Inklusion von beschnittenen und unbeschnittenen Frauen eine umfangreichere Betrachtungsweise ermöglichen, wodurch tendenzielle Aussagen zwischen dem Zusammenhang der eigenen Erfahrung und der jeweiligen Einstellung getätigt werden können.

Zwar untersuchen Gele, Johansen, et al. (2012), Mcneely & De Jong (2016), Pastor-Bravo et al. (2020) und Wahlberg, Johnsdotter, et al. (2019) Perspektiven und Einstellungen gegenüber FGM/C nach der Migration, jedoch behandelt nur ein geringer Teil der Studien eine Gegenüberstellung der Perspektiven von Frauen unterschiedlicher Herkunft. Der Fokus der Studien auf Somalia lässt sich dabei durch die hohe Prävalenzrate² von 98 % (UNICEF 2020d) oder die hohe Anzahl an Diasporamitgliedern in den jeweiligen Ländern erklären. In dieser Arbeit werden Frauen aus unterschiedlichen afrikanischen, praktizierenden Ländern inkludiert. Die Tatsache, dass Frauen aus unterschiedlichen Ländern in dieser Studie vertreten sind, ermöglicht einen facettenreichen Einblick in die Lebenswelten und Ansichten von Frauen aus praktizierenden Herkunftsländern. Dabei soll mithilfe des Länderquerschnitts der Blick auf etwaige Gemeinsamkeiten und Unterschiede über Landesgrenzen hinweg gerichtet werden.

Weltweit lässt sich ein Rückgang der Beschneidungszahlen feststellen, da um ein Drittel weniger Mädchen gefährdet sind beschnitten zu werden als beispielsweise vor 30 Jahren (Muteshi et al. 2016). Dieser Rückgang geschieht jedoch langsam: Um FGM/C zu bekämpfen benötigt es, neben weiterer Forschung, eine motivierte, kritische Masse von Menschen, die gemeinsam bereit und überzeugt sind, die Praxis aufzugeben (Abathun et

² Bei der Prävalenz handelt es sich in dieser Arbeit um das Vorherrschen von FGM/C, genauer gesagt um bestehende Fälle/ Betroffene, zu einem bestimmten Zeitpunkt oder einem bestimmten Zeitraum (Dudenredaktion 2021).

al. 2017). Es ist deshalb notwendig, den möglichen Einfluss der befragten Frauen in Wien auf Menschen im Herkunftsland zu untersuchen und vice versa.

Da Wien als Hauptstadt die Möglichkeit bietet, Kontakte zu Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen herzustellen und zudem kaum bis keine aktuellen Studien über die Ansichten von Frauen bezüglich FGM/C bekannt sind, liegt der Fokus auf Wien. Gerade zu dieser Forschungslücke soll diese Masterarbeit einen Beitrag leisten. Die Intention ist es, die Diversität der Einstellungen aufzuzeigen und dadurch Stereotypisierungen zu vermeiden. Überdies soll diese Arbeit einen Aufklärungs- und Sensibilisierungsinput bieten, um die Lebenswelten, die Einstellungen und die weibliche Genitalbeschneidung an sich besser zu verstehen.

Ziel ist es, am Ende dieser Masterarbeit neue Erkenntnisse über die Einstellungen und die beeinflussenden Faktoren von Frauen aus praktizierenden Ländern gegenüber FGM/C zu gewinnen. Dabei steht die Migration beziehungsweise der Raum selbst im Zentrum. Es wird analysiert ob, wo und wann es zur Reflexion der Praktik kam. Zudem wird die Untersuchung des potentiellen Einflusses der befragten Frauen auf Personen im Herkunftsland angestrebt. Im Zuge dessen, werden die empirischen Daten ausgewertet, mit dem existierenden Forschungscorpus auf mögliche Übereinstimmungen oder Abweichungen verglichen und in Verbindung mit den theoretischen Perspektiven gebracht. Auf Basis der genannten Ziele und Absichten werden folgende Fragestellungen untersucht:

„Welche Einstellungen afrikanischer Frauen mit Migrationserfahrung in Wien gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung gibt es, wie unterscheiden sie sich und welche Faktoren beeinflussen diese?“

Inwiefern ändern sich die Sichtweisen der migrierten Frauen in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung nach der Migration und worauf lässt sich eine etwaige Änderung zurückführen?

In welchem Zusammenhang stehen die persönliche Betroffenheit und die Einstellung gegenüber der Praktik?

Welche Rolle spielt FGM/C in Wien und inwiefern wird diese Praktik tabuisiert?

Inwiefern beeinflusst die reziproke und translokale Kommunikation zwischen der Diaspora in Wien und Personen im Herkunftsland deren Einstellung und welche Herausforderungen existieren dabei?

1.2 Aufbau

Beginnend mit der Methodik, die neben der Literaturrecherche auch qualitative Interviews und Body Maps umfasst, soll zunächst Transparenz hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise, des Auswahlverfahrens und der Auswertung geschaffen werden. Danach folgt der theoretische Rahmen, unter dem diese Arbeit betrachtet wird. Basierend auf den Fragestellungen fiel die Wahl dabei auf kultur-, sozial-, und verhaltenswissenschaftliche Perspektiven, die letztlich mit der empirischen Forschung verknüpft werden sollen. Dieses Kapitel beinhaltet zudem kurze Definitionen aller für die Arbeit relevanten Begriffe, sowie zwei Exkurse, die kulturelle Sichtweise kosmetischer Chirurgie und die männliche Genitalbeschneidung, betreffend.

Im Anschluss – in Kapitel 4 – werden die Grundlagen der weiblichen Genitalbeschneidung erörtert. Dabei werden Ursprung, Terminologie, Verbreitung, Arten, Gründe, Entscheidungskraft, Durchführung sowie Folgen thematisiert. Danach folgt in Kapitel 5 eine Erläuterung der weiblichen Genitalbeschneidung im Migrationskontext, wobei auf die Einstellungen, die Faktoren von Meinungsänderungen, sowie auf die Rolle diasporischer Beziehungen zum Herkunftsland näher eingegangen wird. Dieses Kapitel beinhaltet sowohl aktuelle Studien als auch einschlägige Forschungsliteratur zu diesem Thema.

Darauffolgend finden in Kapitel 6 länderspezifische Daten und Informationen zur weiblichen Genitalbeschneidung in den Herkunftsländern der befragten Frauen, sowie im Einwanderungsland Österreich Einzug. Auf Letzteres wird dabei näher eingegangen, da Österreich das derzeitige Residenzland der befragten Frauen darstellt.

Im Anschluss werden die empirischen Ergebnisse der Interviews, sowie der Body Maps vorgestellt und trianguliert. In der Diskussion werden die gewonnenen Erkenntnisse, die durch die beiden Zugänge ermittelt wurden, miteinander verglichen, in Beziehung gesetzt und unter Berücksichtigung der gesichteten Studien und der Theorie diskutiert. Im Anschluss soll die Conclusio mit der Beantwortung der Forschungsfragen die Forschungsarbeit abrunden. Das Ende stellen die Reflexion des Forschungsprozesses, sowie die Stärken und Limitationen dieser Arbeit dar. Im Anhang finden sich das Informationsblatt, der Interviewleitfaden, der Kodierleitfaden und die Body Maps.

1.3 Trends

Dieses Kapitel soll einen Überblick zu derzeitigen Trends in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung, die sich auf die aktuellen gesichteten wissenschaftlichen Studien stützen, geben. Folgende wissenschaftliche Publikationen bilden den aktuellen Literaturcorpus (2012-2020) dieser Arbeit:

Alcaraz et al. 2014; Elamin & Mason-Jones 2019; Gele et al. 2015; Gele, Johansen, et al. 2012; Gele, Kumar, et al. 2012; Hassanen et al. 2019; Isman et al. 2013; Johnsdotter & Essén 2016; Martell et al. 2020; Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019; Villani & Bodenmann 2017; Wahlberg et al. 2017; Wahlberg, Essén, et al. 2019; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019.

Die Studien umfassen die Einstellungen von Frauen und teilweise auch von Männern aus praktizierenden, afrikanischen Herkunftsländern, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Studie in Norwegen, den Vereinigten Staaten, Australien, Schweden und der Schweiz lebten. Daher bezieht sich der Begriff *Westen* oder *westliche* Länder in dieser Studie auf Europa, Nordamerika und Australien, unter anderem auf die zuvor genannten Länder. Anzumerken ist, dass die Mehrheit der wissenschaftlichen Artikel von Frauen verfasst wurden.

Studien zeigen, dass es zu einer *Einstellungsänderung nach der Migration* gegenüber FGM/C bei Migrant*innen, die in Ländern leben, in denen FGM/C offiziell nicht praktiziert wird, kommt (Alcaraz et al. 2014; Elamin & Mason-Jones 2019; Mcneely & De Jong 2016; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019). Einige Studien spiegeln die Ablehnung von FGM/C nach der Migration wider (Gele, Kumar, et al. 2012; Hassanen et al. 2019; Johnsdotter et al. 2009; Martell et al. 2020; Shahawy et al. 2019), während andere bestimmte Gruppen von Migrant*innen hervorheben, die im Vergleich eher traditionelle Ansichten gegenüber der Praxis hegen. Darunter fallen unter anderem Männer, ältere Generationen und jene, die erst seit Kurzem im Einwanderungsland leben. (Gele, Johansen, et al. 2012; Morison et al. 2004) Es kann jedoch festgehalten werden, dass sich die Mehrheit der Migrant*innen nach der Migration gegen die weibliche Genitalbeschneidung ausspricht. Dennoch existiert eine Minderheit, die die Beschneidung nach der Migration weiterhin befürwortet. (Gele, Johansen, et al. 2012; Gele, Kumar, et al. 2012; Hassanen et al. 2019; Martell et al. 2020; Villani & Bodenmann 2017)

In diesem Zusammenhang lässt sich festlegen, dass sich ein Trend abzeichnet, wonach es einen *geringeren Beschneidungsdruck* gibt. Dem Druck, der seitens der Verwandten im

Herkunftsland existiert, kann aufgrund der räumlichen Distanz Widerstand geleistet werden. Daher ist es vielen Eltern möglich, ihre Töchter nach der Migration zu beschützen und sich gegen eine Beschneidung auszusprechen, was sich in der mehrheitlich ablehnenden Haltung von Eltern widerspiegelt. Dennoch besteht oftmals die Angst vor einer Heimreise, da es in diesem Fall möglicherweise zu einer Beschneidung der Töchter kommen könnte. (Gele, Kumar, et al. 2012; Hassanen et al. 2019; Isman et al. 2013; Mcneely & De Jong 2016)

Die ablehnende Haltung von Eltern basiert unter anderem auf dem kulturellen Wandel, der Aufklärung aber auch auf der Tatsache, dass viele Männer aus praktizierenden Gemeinschaften in der Diaspora eine Heirat mit unbeschnittenen Frauen bevorzugen. Dies stellt eine wichtige Voraussetzung für Veränderungen dar, denn wenn unbeschnittene Frauen als heiratsfähig angesehen werden, ist es unwahrscheinlich, dass die Eltern sie beschneiden wollen. (Gele et al. 2015; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019) Gemäß Gele et al. (2012) sprechen sich zwar 40 % von 105 somalischen Männern, die in Norwegen leben, für die Fortsetzung von FGM/C aus. Gleichzeitig entwickelt sich ein Trend, bei dem junge somalische Männer in Oslo *unbeschnittene Frauen bevorzugen* (Gele, Kumar, et al. 2012). Dies belegt auch die Studie von Wahlberg, Johnsdotter, et al. (2019), welcher zufolge somalische Männer in Schweden eine Ehe mit einer Frau ohne FGM/C vorziehen. Das verstärkte Bewusstsein für die negativen gesundheitlichen Folgen von FGM/C spielt dabei eine entscheidende Rolle (Gele, Kumar, et al. 2012).

Des Weiteren kann zwischen den Beschneidungsarten unterschieden werden, wobei festgestellt wurde, dass es zu einer *Verschiebung von radikalen zu milderer Formen* kam. Nach der Migration besteht oft eine starke Ablehnung gegenüber Typ III und der Fortführung von Typ I (*Sunna*), der mildesten Form. (Elamin & Mason-Jones 2019; Johnsdotter & Essén 2016; Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019; Wahlberg, Essén, et al. 2019; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019) Die Präferenz der mildesten Form lässt insofern erklären, dass dadurch die Kultur gewahrt werden kann, ohne, dass es zu schweren Folgen für die Betroffenen führt. Daher wird vor allem Typ III abgelehnt und andere Formen wie Typ I oder Typ IV befürwortet. Die milderer Formen werden daher als Balance zwischen der alten Kultur des Herkunftslandes und der neuen Kultur im Einwanderungsland gesehen. *Sunna* (Typ I) wird dabei auch oftmals als Pendant zur männlichen Beschneidung oder als kosmetischer Eingriff verstanden. (Mcneely & De Jong 2016; Wahlberg et al. 2017; Wahlberg, Essén, et al. 2019)

Ein weiterer Trend lässt sich bezüglich der männlichen Genitalbeschneidung verzeichnen, an der nach der Migration festgehalten und die als Notwendigkeit und Normalität angesehen wird, unter anderem da sie zumeist aus religiösen Gründen praktiziert wird und nicht gesetzlich verboten ist. Es konnte sogar festgestellt werden, dass der kulturelle Wandel zu einer ablehnenden Haltung gegenüber FGM/C führte und zugleich in einer *stärkeren Unterstützung der männlichen Beschneidung* resultierte. (Wahlberg, Essén, et al. 2019)

Aktuelle Daten zu *vacation cutting*³ konnten nicht gesichtet werden. Die Tatsache, dass diese Methode existiert(e) belegen Behrendt (2010); Berg & Denison (2013) und Elgaali et al. (2005). Es könnte sich daher ein Trend abzeichnen, dass *vacation cutting* seltener bis nicht mehr praktiziert wird, da oftmals Verweise auf die Gesetzeslage im Einwanderungsland und die Angst vor Kontrollen bei der Rückreise getätigt wurden (Johnsdotter & Essén 2016; Shahawy et al. 2019). Dennoch muss in Betracht gezogen werden, dass die Beschneidung im Rahmen von Heimatreisen und in anderen europäischen Ländern weiterhin ausgeübt wird.

Weitere Trends, die erwähnt wurden, waren die *Medikalisierung* der weiblichen Genitalbeschneidung und der Trend zu einem *jüngeren Beschneidungsalter*, um ein Wehren durch die Mädchen selbst zu unterbinden (Shell-Duncan et al. 2017; Wahlberg, Essén, et al. 2019).

1.4 Selbstreflexion

Die kritische Selbstreflexion meinerseits als Forscherin ist mir ein persönliches Anliegen, um meine Lebenswelt offenzulegen und dadurch mögliche Einflüsse zu erkennen und zu berücksichtigen. Da die eigene Sozialisation nicht ausgeblendet werden kann, wird die gänzliche Reflexion der eigenen Person und Lebenswelt verhindert, was diese Studie zwangsläufig beeinflusst. Die Aspekte der Selbstreflexion sollen in zukünftigen Forschungsvorhaben Einzug finden und auch in dieser Arbeit für Transparenz und Nachvollziehbarkeit sorgen. (Fleischmann & Meyer-Hanschen 2005)

Ich – eine weiße, westliche Frau, die in der österreichischen Gesellschaft sozialisiert wurde und keinerlei Verbindung zu den jeweiligen Herkunftsländern hat behandelt das Thema

³ Dabei handelt es sich um die Beschneidung während eines Besuches im Herkunftsland, zum Beispiel in den Schulferien (Shahawy et al. 2019).

der weiblichen Genitalbeschneidung. Diese Tatsache regte mich zum Nachdenken an und führte zu Überlegungen über *White Privilege*, *White Saviourism* sowie *White Guilt*. Im Folgenden sind meine Gedanken dazu angeführt:

Die geschilderte Tatsache lässt die Annahme zu, dass einige Frauen möglicherweise auf mein Vorhaben mit Zurückhaltung, Misstrauen, Distanz oder Voreingenommenheit reagieren, da eventuell die Ansicht seitens der Interviewpartnerinnen bestand, dass ich als Angehörige der autochthonen Gesellschaft, womöglich die Praxis ablehne oder darüber urteile. Die Position als Forscherin, die ebenfalls mit gesellschaftlichen Machtverhältnissen einhergeht, kann dafür sorgen, dass die forschende Person nicht losgelöst von der Gesellschaft betrachtet werden kann. Dabei fallen mögliche Diskriminierungserfahrungen, die afrikanische Frauen seitens der österreichischen Mehrheitsgesellschaft erlebt haben, eventuell auf mich als Forscherin zurück.

Jene, die einem Interview zustimmten, nutzen die Möglichkeit, ihre eigene Sichtweise zu dieser Thematik mit mir – einer Frau – zu teilen. Dies führt mich zu der Insider/Outsider-Debatte und zu der Legitimationsfrage, dem Recht zu diesem Thema zu forschen.

Die Insider/Outsider-Debatte suggeriert selbstverständliche Zugehörigkeitskategorien, denen der/die Forscher*in entweder angehört (Insider) oder nicht (Outsider). Diese Zugehörigkeiten beziehen sich zumeist auf die ethnische Zugehörigkeit und Menschen mit der gleichen Ethnizität werden deshalb oftmals als Insider betrachtet. Es wäre jedoch paradox anzunehmen, dass Migrant*innengemeinschaften homogen und kohäsiv wären. Im Gegenteil, sie unterscheiden sich in jeglicher Art und Weise innerhalb der Gemeinschaft. (Ryan 2015)

Merton (1972) kritisiert die Annahme, dass sozialen Akteur*innen durch die Insider-Position – ihrer Zugehörigkeit zu einer Gruppe – Privilegien zukämen und sie dadurch Wissensansprüche stellen und diese rechtfertigen. In dieser Arbeit wird die Kritik Mertons aufgegriffen und die Ansicht vertreten, dass Außenseiter ebenfalls in der Lage und befähigt sind, aufgrund der sozialen Distanz zu den verschiedenen Lebenswelten, objektiv zu forschen. Hierbei soll darauf verwiesen werden, dass sowohl Insider als auch Outsider, möglicherweise mit unterschiedlichen Zugängen, aber dennoch mit gleichen Privilegien und Rechten, Forschung betreiben können und dürfen. (Hönig 2020; Merton 2002)

Wer als Insider gilt ist jedoch nicht nur von der ethnischen Zugehörigkeit abhängig, sondern auch von anderen Charakteristika, wie dem Geschlecht. Dies zeigt die Forschung

von Kusow (2003), dessen Zugang als Forscher mit somalischen Wurzeln zu weiblichen somalischen Interviewpartnerinnen Hürden mit sich brachte und er sowohl Insider als auch Outsider war. Dieses Beispiel zeigt, dass ethnische Insider nicht automatisch mehr Zugangsmöglichkeiten zum Feld haben. Es wird in dieser Arbeit daher die Ansicht vertreten, dass das Verhältnis zwischen Forscherin und Teilnehmerin und somit die Insider-Outsider-Position nicht a priori bestimmt werden kann. Der eigene Status variiert, wobei Forscher*innen in einer bestimmten Situation Insider und in einer anderen wiederum Outsider sein können. (ebd.) Dies lässt dennoch die Annahme zu, dass andere Resultate möglich gewesen wären, wenn die empirische Forschung dieser Arbeit von einem Mann durchgeführt worden wäre, zumal es sich um ein sehr intimes und sensibles Thema handelt. Somit besitze ich als Frau das Privileg Frau zu sein und nutze dies für die Bearbeitung meines Forschungsthemas. In dieser Arbeit wurden – je nach Interviewpartnerin – verschiedene Gemeinsamkeiten wie Alter, Wohnort, Sprache, Geschlecht, Bildungsgrad oder Familienstatus geteilt, jedenfalls das Geschlecht und der Wohnort Wien. Dennoch ist es schwierig festzustellen, inwiefern sich meine Charakteristika auf die Ansichten der Befragten ausgewirkt haben. Es lässt sich schlussendlich festlegen, dass ich entweder beides bin – Insider und Outsider je nach Kategorien – oder keines davon. Festzuhalten ist, dass ich mich nicht mit den Befragten gleichstelle und mich selbst nicht als Insiderin bezeichne.

Ungeachtet meiner Position ist es mir ein Anliegen den ethnologischen Blick, zu wahren, der gewährleistet, dass eigene Vorstellungen aufgrund der kulturübergreifenden Forschung überdacht werden. Zusätzlich steht das Interesse an der Wahrnehmung und Erklärung der Lebenswelt der Handelnden aus der Binnenperspektive im Vordergrund. Dabei soll dieser Blick auch auf die eigene Kultur, die Werte, Normen und Gewohnheiten gerichtet werden. (Heidemann 2019) Dies geschieht vor dem Hintergrund transkultureller Kompetenz, bei der es zum einen notwendig ist Selbstverständliches und Unbewusstes durch das Hinterfragen der eigenen Lebenswelt aufzudecken und zum anderen, sich der Lebenswelt von Migrant*innen anzunähern. Die Tatsache, nicht aus der eigenen Person heraustreten zu können geht damit einher, dass es nicht gänzlich möglich ist, die Perspektiven anderer einzunehmen. Die Annäherung an die jeweils andere Lebenswelt stellt somit einen Versuch dar, die eigene Welt zu hinterfragen und sich dieser bewusst zu werden, sowie zugleich ein wertfreies Bewusstsein für andere Lebenswelten zu erlangen. (Domenig 2007)

Es ist mir als Forschende daher ein Anliegen, eine möglichst neutrale Position gegenüber der Beschneidung einzunehmen und mich auf ein generelles Interesse an der Praxis zu berufen, sowie den interviewten Personen, ungeachtet ihrer Einstellung, mit Offenheit, Respekt und Wertschätzung zu begegnen. Da ich mich jedoch als feministische Forscherin ansehe, agiere ich aus einer gewissen Betroffenheit, nicht im Sinne von betroffen sein, sondern betroffen fühlen, auf Basis des weiblichen Geschlechts. Daher entwickle ich, vermutlich größtenteils unbewusst, eine bestimmte Parteilichkeit, die die Intention verfolgt, weibliche Benachteiligungen oder Diskriminierungen zu vermindern oder aufzuheben. (Fleischmann & Meyer-Hanschen 2005)

Die Forschungsteilnehmerinnen als aktive Individuen mit Meinungen und Handlungsfähigkeiten stellen in dieser Forschung keine Objekte oder Daten dar. Außerdem werden die Befragten sowie ihr Wissen – im Sinne des situierten Wissens⁴ – nicht als Vertretung eines Kollektivs verstanden. (Haraway 2001; Isop 2009; Mies 1984) Darüber hinaus wurde stets darauf geachtet, die Privatsphäre und menschliche Würde jeder einzelnen Interviewpartnerin zu wahren, sodass gleichzeitig Gefühle von Ausbeutung oder Machtmissbrauch reduziert werden konnten. Zudem wird das Prinzip des *Do-No-Harm* verfolgt, wodurch keine Schäden, wie beispielsweise eine Retraumatisierung, durch die Forschung entstehen sollen. Überdies muss erwähnt werden, dass es sich bei dem Gesagten, trotz der Analyse der Forscherin, um das Eigentum der jeweiligen Interviewpartnerin handelt, da es ihre Meinung und Geschichte ist. Diese werden zwar seitens der Forscherin zum Zwecke der Forschung verwendet – jedoch nicht entwendet. Ferner ist es nicht beabsichtigt, etwaige Vorteile daraus zu ziehen. (Pittaway et al. 2010) Wie Mies (1978) anführte, ist die Herrschaftssituation zu vermeiden und eine gleichberechtigte Situation – eine Begegnung auf Augenhöhe – zwischen Forschenden und Beforschten erstrebenswert.

Trotz allem bin ich mir bewusst, dass im Rahmen dieser Arbeit bei der Wissensproduktion Machthierarchien vorhanden sind. Zudem geht die Selbst- und Fremdrepräsentation mit den Machtverhältnissen einher, sodass versucht wurde, durch die narrativen Aspekte des Interviews und den Body Maps partizipativ Raum für die Selbstrepräsentation zu geben, die in Form von direkten Zitaten wiedergegeben wird. (Pillow 2003) Dennoch bilde ich durch die Verwendung von bestimmten Personengruppen, wie *Frauen* und bestimmter

⁴ Dabei handelt es sich um eine Form von Wissen, das lokal und kulturell spezifisch sowie begrenzt und nicht verallgemeinerbar ist (Haraway 2001).

Räume, wie Wien, afrikanische, praktizierende Herkunftsländer oder *westliche* Länder soziale und räumliche Kategorien. Diese wiederum stellen idealtypische Homogenisierungen her, die letztlich zu Repräsentativität führen. (Wastl-Walter 2010)

Ungeachtet dessen, orientiert sich diese Arbeit an folgendem Zitat, wobei die Verwendung von *Gegenstand* hier kritisch betrachtet wird und von mir durch *die im Zentrum* ersetzt werden. So kann gesagt werden, dass

„Forschung überhaupt, einem aufklärerischen Impetus verpflichtet ist. Sie soll nicht auf Machterhalt oder Dominanz zielen. Sie sollte ethisch sein und ein besseres Leben für jene im Sinn haben, die der Gegenstand / [im Zentrum, Anmerk. d. Verf.] ihrer Untersuchungen sind.“ (Kleist 2015: 164)

Angelehnt an das folgende Zitat bin ich für etwaige Fehlinterpretationen, unkorrekte Darstellungen im Rahmen der Literaturrecherche und der empirischen Analyse verantwortlich. “*As researchers (and human beings) we act as ‘morally responsible selves’*”(Baumann 1993: 11 zit. in Hallowell et al. 2005) – *we need to be flexible and reactive, but above all, accountable for our actions.*” (Hallowell et al. 2005: 149).

1.5 Verortung in der Geographie

Die Geographie lässt sich, vereinfacht gesagt, in die Physische- und die Humangeographie unterteilen. Die Physische Geographie wird der Naturwissenschaft zugerechnet, während die Humangeographie der Sozialwissenschaft zugehörig ist. Das verbindende und gemeinsame Element dieser Teilbereiche ist der Raum. (Freytag et al. 2016)

Die Geographie ist von Interdisziplinarität gekennzeichnet, was sich anhand ihrer Teilbereiche, Paradigmen und Methodenvielfalt zeigt. Daher kämpft sie auch seit Langem um ihr Selbstverständnis und die Klärung des Verhältnisses zu den Teilbereichen und Nachbardisziplinen. (Fleischmann & Meyer-Hanschen 2005)

Die vorliegende Arbeit über die Einstellung von afrikanischen Frauen mit Migrationserfahrung in Wien gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung kann der Humangeographie zugeordnet werden. Innerhalb dieser erfolgt die Verortung wiederum vor allem in der Sozialgeographie, Kulturgeographie, der Verhaltens- oder Handlungstheoretischen Geographie sowie der Feministischen Geographie beziehungsweise der Gender-Geographie. Die genannten Bereiche stellen jedoch keine abgeschlossenen Teildisziplinen der Geographie dar, sondern interagieren oder vielmehr intervenieren in allen Teilbereichen der Geographie. (Weichhart 2001; Werlen 1993)

Die verhaltenswissenschaftliche Geographie rückt das menschliche Individuum mit seiner subjektiven Bewertung und Wahrnehmung der Wirklichkeit in den Fokus. Dabei kann das Verhalten sowohl aktiv als auch passiv stattfinden und als eine Reaktion auf subjektive und gruppenspezifische Raumvorstellung, Situationen oder dem Handeln anderer gesehen werden. Dies kritisieren die handlungstheoretischen Ansätze, die zwar ebenfalls das Individuum in den Fokus rücken, jedoch der Ansicht sind, dass Menschen aktiv handeln und dieses Handeln von Bewusstsein und Zielorientierung geprägt ist. (Freytag et al. 2016; Weichhart 2001) Die weibliche Genitalbeschneidung, sowie deren Meinung darüber, kann beiden Ansätzen zugeordnet werden, da die Befürwortung oder Ablehnung der Beschneidung zum einen eine aktive Wahl sein kann oder aber eine passive, wenn sich am Handeln anderer orientiert wird. Zum anderen wird das Ziel verfolgt, dass Frauen eine gute Zukunft haben und somit bewusst praktiziert wird, um dieses zu erfüllen oder eben nicht, wenn beispielsweise die körperliche Unversehrtheit gewahrt werden soll.

Abgesehen davon könnte diese Arbeit auch der frauenspezifischen Migrations- und Fluchtforschung zugerechnet werden. Diese betrachtete bis in die 1990er-Jahre Migration

als rein männliches Phänomen, doch durch die *Feminisierung der Migration* rückte die Genderspezifität im Migrationskontext in den Vordergrund. (Spindler 2011)

Da sich diese Arbeit an einem gendergeographischen Blickwinkel orientiert, soll kurz auf die geographische Frauenforschung (Gendergeographie) eingegangen werden: Die Frauenforschung kann als Forschung über Frauen verstanden werden, bei der Frauen den Untersuchungsgegenstand bilden, mit dem Ziel, Diskriminierung und Unterdrückung von Frauen in Gesellschaften zu thematisieren. Die Frage, was geographische Frauenforschung sein kann, kann lediglich insofern beantwortet werden, als dass es sich um eine Bandbreite an Themen und Ansätzen handelt, die jedoch eines gemein haben: Die Lebensrealität von Frauen. (Fleischmann & Meyer-Hanschen 2005) Der gendergeographische Blickwinkel in dieser Arbeit zielt darauf ab, die Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung, bei denen Frauen als direkt Betroffene im Vordergrund stehen, unter der Berücksichtigung geschlechterspezifische Aspekte, zu untersuchen.

Anzumerken ist ebenfalls, dass feministische Geographien und die geographische Frauenforschung in den meisten deutschsprachigen Instituten nicht zu den zentralen Lehrinhalten zählen und kaum etabliert sind. Dadurch kann seitens der Studierenden oder Lehrenden oftmals ein Definitions- und Rechtfertigungsdruck bestehen. (ebd.)

2 Methodik

Die Methoden der vorliegenden Arbeit umfassen Literaturrecherche, qualitative Interviews und Body Mapping. Im folgenden Kapitel sollen die einzelnen methodischen Teilbereiche erläutert werden.

Die Literaturrecherche gewährt einen ausführlichen Überblick über die Thematik und bildet die Grundlage dieser Arbeit. Den empirischen Teil stellen elf leitfadengestützte Interviews mit afrikanischen Frauen mit Migrationserfahrung dar. Aufgrund der unterschiedlichen Methoden zur Untersuchung des Themas beziehungsweise der Beantwortung der Forschungsfragen, die zum Einsatz kommen, handelt es sich um eine Multi-Method-Forschung. (Kuckartz 2014)

Auch wenn es sich um keine Mixed-Method-Studie handelt, soll die Priorität des parallelen Designs dieser Multi-Method-Studie dargestellt werden. Da die Body Maps als Ergänzung zu den qualitativen Interviews betrachtet werden, ergibt sich gemäß Kuckartz (2014), unter der Berücksichtigung der Priorität, folgende Notationsform: QUAL + qual

Um die Qualität und Transparenz dieser Arbeit zu gewährleisten, orientiert sich diese an den COREQ-Kriterien (Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research) von Tong et al. (2007).

2.1 Literaturrecherche

Bei der systematischen Literaturrecherche wurde darauf abgezielt, aktuelle relevante Forschungsliteratur zu dem gewählten Thema zu inkludieren. Dabei wurde der Zeitraum von 8 Jahren (2012-2020) festgelegt, da in dieser Zeit ein vielseitiger Bestand an relevanter Literatur publiziert wurde, der als Grundlage dieser Arbeit dient.

Die Literaturrecherche fand von Oktober 2020 bis Jänner 2021 statt. Es wurden folgende wissenschaftliche Datenbanken für die Recherche herangezogen: Scopus, Google Scholar und u:search. Auf Basis der Fragestellungen dieser Arbeit wurden Stich- und Schlagwörter definiert. Es handelt sich dabei um sowohl englische, als auch deutsche Suchbegriffe. Zusätzlich wurde einschlägige, fachspezifische Literatur, außerhalb dieses Zeitraums in die Arbeit miteinbezogen. Da zu diesem Thema lediglich ein geringer Bestand in der deutschsprachigen Literatur vorhanden ist, wurden vorrangig englischsprachige Forschungsartikel zu Rate gezogen.

Für die definierten Suchbegriffe und deren Kombinationen wurde der Boolesche Operator⁵AND eingesetzt, um durch die Verknüpfung mehrerer Begriffe eine Präzisierung der gesuchten Forschungsliteratur vorzunehmen. Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen: *attitudes AND migrants AND FGM/C*. Auf die Anwendung der Operatoren OR und NOT wurde verzichtet. Die verwendeten Suchbegriffe und deren Kombination sind in Tabelle 1 angeführt:

Tabelle 1: Suchbegriffe der Literaturrecherche; eigene Darstellung

Themenbereich	Suchbegriffe	
Weibliche Genitalbeschneidung	„Female genital mutilation“	„FGM“
	„Female genital cutting“	„FGC“
	„Female genital circumcision“	„FGM/C“
	„weibliche Genitalbeschneidung“	
Migration / Raum	„Refugee(s)“	„Western countries“
	„Migrant(s)“	„Europe“
	„Immigrant(s)“	„African countries“
	„Migration“	„Migrationskontext“
	„Post-migration“	„Migration“
	„Diaspora“	„Flucht“
Einstellungen	„attitudes“	„factors“
	„perceptions“	„reasons“
	„behaviour“	„perspective“
	„change“	„Einstellungen“
	„shifts“	

Die Artikel konnten mithilfe des Abstracts und des Querlesens auf ihre Eignung für diese Arbeit überprüft werden. Die Literaturverzeichnisse jener Artikel, die den Anforderungen entsprachen, wurden auf weiterführende Literatur durchsucht. Die Entscheidung über die In- oder Exklusion fand nach der detaillierten Auseinandersetzung mit den Studien statt.

Es wurde versucht, die grauen Literatur, jener die nicht verlagsmäßig veröffentlicht wurde, gering zu halten. Zu dieser Kategorie zählen Master- und Diplomarbeiten sowie Papers und Forschungsberichte von Nichtregierungsorganisation (NGOs). (Bortz & Döring 2006) Dennoch wurden Daten von NGOs verarbeitet, da sie oftmals die einzige Daten- und Informationsquelle darstellen.

⁵ Dies stellt eine logische Verknüpfung von Suchbegriffen bei der Datenbankabfrage dar (Erlenkötter 2015).

Ungeachtet dessen, wurden sowohl bei der Literaturrecherche als auch bei der empirischen Untersuchung stets die Gütekriterien der qualitativen Forschung herangezogen, um die Qualität der (Fach-)Literatur und somit auch dieser Arbeit zu gewährleisten (Mayring 2016). Für eine übersichtliche Handhabung der Literatur wurde das Literaturverwaltungsprogramm „Mendeley“ verwendet.

Inklusionskriterien waren unter anderem der angegebene Zeitraum der Veröffentlichung (2012-2020), deutsche oder englische Sprache und, dass sich die migrierten Personen bereits in einem westlichen Einwanderungsland befinden. Somit war die internationale Migration aus einem afrikanischen, praktizierenden Herkunftsland in ein offiziell nicht-praktizierendes, westliches Einwanderungsland Voraussetzung für die Berücksichtigung. Inhaltlich wurde darauf geachtet, dass die gewählten Artikel Informationen zu Einstellungen, Faktoren der Meinungsänderung und/oder den Einfluss der Diaspora beinhalten. Die Inklusions- und Exklusionskriterien für die aktuellen Studien sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Inklusions- und Exklusionskriterien der Literaturrecherche; eigene Darstellung

Kriterium	Inklusion	Exklusion
Bevölkerung	Internationale Migration - Perspektiven von Frauen (und Männern) in der Diaspora, die aus einem praktizierenden, afrikanischen Herkunftsland in ein westliches FGM/C ablehnendes Land migriert sind und in diesem Einwanderungsland leben.	Binnenmigration und internationale Migration in nicht westliche Länder - Studien über Frauen (und Männer), die in nicht westliche Länder, andere afrikanische Länder oder innerhalb des Herkunftslandes migriert sind. Studien die ausschließlich männliche Sichtweisen beinhalten
Studiendesign	Qualitative und quantitative Studien	-
Publikationsform	Peer-reviewed Studien	Andere Publikationstypen, graue Literatur
Sprache	Deutsch und Englisch	Alle anderen Sprachen
Publikationszeitraum	Jänner 2012 – Jänner 2020	Vor Jänner 2012 und nach Jänner 2020

Folgende 15 Studien sind im aktuellen Literaturcorpus enthalten: Alcaraz et al. 2014; Elamin & Mason-jones 2019; Gele et al. 2015; Gele, Johansen, et al. 2012; Gele, Kumar, et al. 2012; Hassanen et al. 2019; Isman et al. 2013; Johnsdotter & Essén 2016; Martell et al. 2020; Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019; Villani & Bodenmann 2017; Wahlberg et al. 2017; Wahlberg, Essén, et al. 2019; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019.

Diese Studien, die den Stand der Forschung wiedergeben, finden vorrangig in dem Unterkapitel „Trends“ und in erweiterter Form im Kapitel 5 „Die weibliche Genitalbeschneidung im Migrationskontext“ Einzug.

2.2 Qualitative Interviews

Bei der Recherche nach einem geeigneten Erhebungsverfahren fiel die Wahl auf das problemzentrierte Interview (PZI), das von Witzel (1982) eingeführt wurde. Bei dieser Interviewform handelt es sich um eine *„offene, teilstrukturierte Befragung für die Erhebung subjektiver Einstellungen in Bezug auf ein gesellschaftliches Problem“* (Hug & Poscheschnik 2020: 128).

Das halbstandardisierte, leitfadengestützte Interview ist zwar teilweise geleitet, lässt jedoch ausreichend Offenheit zu, um den Befragten Raum für Erzählungen und subjektive Perspektiven einzuräumen, ohne der Vorgabe von Antwortmöglichkeiten. Dabei stehen die Wahrnehmungen, Erfahrungen und Einstellungen der Teilnehmerinnen zu einem bestimmten gesellschaftlichen Problem, in diesem Fall FGM/C, im Vordergrund. (Mayring 2016; Witzel 2000)

Generell muss sichergestellt werden, dass bei der Interviewten nicht das Gefühl entsteht, sie werde ausgefragt, sondern ernst genommen und wertgeschätzt. Dies wird unter anderem durch offene Fragen gewährleistet. Der Aufbau eines von Vertrauen geprägten Verhältnisses ist bei problemzentrierten Interviews besonders relevant, da es sich meist um gesellschaftliche, kulturelle oder soziale Themen handelt, die Sensibilität erfordern. (Mayring 2015) Gemäß Wellings et al. (2000: 256) handelt es sich dann um sensible Forschung,

„if it requires disclosure of behaviours or attitudes which would normally be kept private and personal, which might result in offence or lead to social censure or disapproval, and/or which might cause the respondent discomfort to express.”

Somit lässt sich diese Arbeit der sensiblen Forschung zuordnen, da es sich um die Einstellungen gegenüber einer, im Privatbereich stattfindenden, Praxis handelt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass problemzentrierte Befragungen die Möglichkeit für ein themengeleitetes, offenes und vertrauensvolles Gespräch bieten. Daher stellt es ein geeignetes Erhebungsverfahren für die Fragestellung dieser Arbeit dar. Zudem erleichtert die teilweise, auf dem Leitfaden basierende, Standardisierung die Vergleichbarkeit der Interviews. (Mayring 2016)

Durch die Kombination von sowohl induktiven als auch deduktiven Vorgehen ist das problemzentrierte Interview theoriegenerierend, da theoretisches, wissenschaftliches Vorwissen (deduktiv) bereits durch die, vor der Befragung stattfindende, Literaturrecherche vorhanden ist, dieses jedoch durch die Gesprächsinhalte induktiv ergänzt wird. Das angeeignete Vorwissen wird anhand der subjektiven Aussagen der Befragten erweitert, vertieft oder korrigiert. (Witzel 2000)

2.2.1 Interviewleitfaden

Bei den Interviews handelt es sich um halbstrukturierte, leitfadengestützte Einzelinterviews. Der Leitfaden wurde auf der Grundlage der Forschungsfragen und der gesichteten Literatur erstellt. Zum Teil wurde sich an den Leitfragebögen anderer Studien (Shahawy et al. 2019; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019) orientiert, um ähnliche Fragestellungen für diese Forschungsarbeit zu verfassen oder zu adaptieren, um universelle Vergleiche zu ermöglichen.

Der Interviewleitfaden dient als Orientierung und besteht aus ungefähr 40 offenen Fragen, von denen jedoch nicht alle gestellt wurden. Je nach Sprachkenntnissen, Wissensstand über FGM/C und den Gesprächsinhalten wurden Fragestellungen vernachlässigt oder spontan, basierend auf den Erzählungen der Befragten, gestellt. Es wurde jedoch darauf geachtet, dass jedes Themengebiet des Leitfadens besprochen wurde.

Der Leitfaden beinhaltet sowohl Fragen mit inhaltlichen als auch mit funktionalen Aspekten zur Gesprächssteuerung. Bei den inhaltlich ausgerichteten Fragestellungen wurden hauptsächlich Meinungsfragen, zu denen Einstellungs-, Bewertungs-, und Einschätzungsfragen gehören, gestellt. Diese Variante liegt aufgrund der Fragestellungen dieser Arbeit nahe. Des Weiteren wurden vereinzelt auch Faktfragen, wie Wissensfragen, demographische Fragen oder Fragen nach Erfahrung und Handlungen, miteinbezogen, sowie Detailfragen oder Überleitungsfragen gestellt. (Gläser & Laudel 2009)

Der Leitfaden gliedert sich in folgende Abschnitte: „Sozialdemographische Daten“, „Weibliche Genitalbeschneidung Allgemein“, „Geschlechteraspekte“, „Wissen über betroffene Personen/eigene Betroffenheit“, „Persönliche Einstellungen gegenüber FGM/C“, „Wien“, sowie „Diaspora“.

Der informelle Teil zu Beginn des Interviews stellte die Aufwärmphase dar, die für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses für dieses sensible Thema relevant war. Im Rahmen

des informellen Gesprächs wurden die Ziele, der Ablauf und die Dauer des Interviews geschildert, sowie ein Dank für die Teilnahme ausgesprochen. Des Weiteren wurde im Zuge dessen die Anonymität und die Löschung der Daten nach Abschluss der Arbeit zugesichert, die Aufnahmeerlaubnis eingeholt, die Befragten hinsichtlich ihrer Rechte informiert, sowie eventuell auftretende Fragen geklärt. Im Rahmen des informellen Teiles konnte ebenfalls ein erster Eindruck über die Sprachkenntnisse der Interviewpartnerinnen gewonnen werden. Folglich konnten die Fragestellungen angepasst und in vereinfachter oder vertiefter Form gestellt werden.

Bei den sozialdemographischen Daten wurden die Themen auf farbige Moderationskreise geschrieben und den Teilnehmerinnen zu Beginn vorgelegt. Dies lockerte zum einen die Situation auf und erleichterte zum anderen die Befragung, da die Fragestellung visuell unterstützt wurde. Im Rahmen der sozialdemographischen Daten konnten das Alter, das Herkunftsland, die Herkunftsregion (urban/peripher), die Religionszugehörigkeit, die Aufenthaltsdauer in Österreich, der höchste Bildungsgrad, der Beruf, der Familienstand, sowie der rechtliche Aufenthaltsstatus in Österreich in Erfahrung gebracht werden.

Danach wurden im ersten Frageblock „Weibliche Genitalbeschneidung Allgemein“ offene Fragen über die weibliche Genitalbeschneidung gestellt. Diese lieferten den nötigen Erzählimpuls, der das Gespräch leitete und die Reihenfolge der Themengebiete bestimmte. Des Weiteren wurden hierbei die Gründe, die Formen der Genitalbeschneidung, sowie länderspezifische Fragen zu den Abläufen der Praxis erhoben.

Der Themenblock „Geschlechteraspekte“ deckte Fragestellungen zur Rolle von Frauen und Männern hinsichtlich der weiblichen Genitalbeschneidung ab. Der Abschnitt „Persönliche Betroffenheit / Wissen über betroffene Personen“ zielte darauf ab, in Erfahrung zu bringen, ob die Teilnehmerinnen Frauen kennen, die selbst die weibliche Genitalbeschneidung erfahren haben. Hierbei bot sich die Möglichkeit von der eigenen Beschneidung zu erzählen. Ob, beziehungsweise wie umfangreich, die Frauen von ihrer eigenen Erfahrung erzählen wollten, wurde dabei ihnen überlassen.

Dies führt zur „persönlichen Einstellung“ gegenüber FGM/C, bei der auf die Einstellungen vor und nach der Migration, deren Begründungen, sowie die Faktoren, die ihre Ansichten beeinflusst haben, eingegangen wurde. Im Themenblock „Wien“ stellten das Wissen über die weibliche Genitalbeschneidung in Wien, die Tabuisierung, sowie die Einschätzung der Einstellung der jeweiligen Community in Wien zentrale Themenbereiche dar.

Der letzte Block zur „Diaspora“ beinhaltet den Kontakt der befragten Frauen in Wien zu Verwandten und Bekannten im Herkunftsland, deren Ansichten über FGM/C, sowie die potentielle gegenseitige Beeinflussung oder Druckausübung. Infolgedessen konnten Einblicke zu den Ansichten gegenüber der Praxis in den jeweiligen Herkunftsländern und in der Diaspora (Community) in Wien erlangt werden.

Zum Abschluss wurde die Frage gestellt, ob die Teilnehmerinnen Anlaufstellen, wie Vereine, Organisationen oder Gesundheitseinrichtungen in Wien kennen, um sich über FGM/C zu informieren oder beraten zu lassen. Zu guter Letzt bestand die Möglichkeit für etwaige weitere Anmerkungen seitens der Befragten. Danach war der offizielle Interviewpart abgeschlossen und es wurde zum Body Mapping übergegangen.

2.2.2 Vorgehen und Durchführung

Die Kontaktherstellung zu potentiellen Interviewpartnerinnen startete im Februar 2021, wobei zunächst zahlreiche Organisationen, Beratungsstellen, Religionsgemeinschaften, Vereine, Gesundheitseinrichtungen und Fluchtunterkünfte per E-Mail oder telefonisch kontaktiert wurden. Dabei wurde das Informationsblatt (Anhang 1) über die Masterarbeit mit den Inklusionskriterien übermittelt.

Diese Studie richtete sich an afrikanische Frauen mit Migrationserfahrung und somit an die erste Generation an Migrantinnen. Die Auswahlkriterien für die Teilnahme waren das Alter von mindestens 18 Jahren, deutsche oder englisch Sprachkenntnisse (A2-C1), der Wohnort Wien, ein praktizierendes afrikanisches Herkunftsland, das Wissen über die Existenz der weiblichen Genitalbeschneidung, sowie der Kontakt zu Verwandten oder Bekannten im Herkunftsland. Das Alter von 18 Jahren wurde gemäß der österreichischen Volljährigkeit gewählt. Die persönliche Betroffenheit stellte kein Kriterium für die Inklusion dieser Studie dar. Dies ist darin begründet, dass es hauptsächlich um die Sichtweisen derer geht, die in praktizierenden Ländern sozialisiert worden sind. Somit oblag es den Frauen ihre eigenen Erfahrungen zu teilen oder nicht.

In Hinblick auf die Kontaktherstellung wurde berücksichtigt, dass manche Menschen nicht angetroffen werden können oder aufgrund verschiedener Motive nicht teilnehmen. Die Antwortausfallverzerrung, beziehungsweise Schweigeverzerrung, (*Nonresponse Bias*) beschreibt die mögliche Ergebnisverzerrung, die auf der Tatsache gründet, dass diejenigen, die sich für eine Teilnahme bereit erklären andere Antworten geben, als diejenigen, die nicht an der Studie teilnehmen wollen. Diesbezüglich kann zwischen Kontakt- und

Kooperationswahrscheinlichkeit unterschieden werden. Die Kontaktwahrscheinlichkeit bezieht sich auf den Kontakt, die Identifizierung als potentielle Interviewpartner*innen, sowie die Überzeugung zur Teilnahme. Diese Faktoren erschweren den Zugang zu Menschen mit Migrationserfahrung und führen letztlich zu einer geringeren Erreichbarkeit. Zudem existiert teilweise auch eine niedrigere Bereitschaft zur Teilnahme, womit die Kooperationswahrscheinlichkeit gemeint ist. Dabei spielen Faktoren wie Sprachbarrieren, Ansichten über das Thema, sowie das mögliche Misstrauen gegenüber der forschenden Person eine Rolle. Abgesehen davon wird gemäß der sozialen Isolationshypothese angenommen, dass der Isolationsgrad, der mit dem mangelnden Kontakt zur Mehrheitsbevölkerung zusammenhängt, zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme führen kann. (Martin et al. 2016) Falls Menschen mit Migrationserfahrung daher das Gefühl von Ausgrenzung oder mangelnder Integration verspüren oder Ablehnung seitens der Mehrheitsgesellschaft erfahren, kann dies zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer Teilnahmebereitschaft führen (Deding et al. 2013 zit. in Martin et al. 2016).

Trotz der konsequenten Nachfrage wurde festgestellt, dass die Bereitschaft über die weibliche Genitalbeschneidung zu sprechen seitens der Befragten zwar vorhanden war, jedoch in einem geringen Ausmaß. Einige änderten im Laufe der Zeit ihre Meinung, wodurch keine Interviews zustande kamen. Jene 11 Frauen, die sich jedoch bereit erklärten, darüber zu sprechen, teilten ihre Erfahrungen und Überzeugungen offen mit. Besonders interessant wäre die Meinung jener gewesen, die nicht für ein Gespräch bereit waren, sowie die Gründe für die Verneinung oder Meinungsänderung.

Der Umfang und die Auswahl der Interviewpartner*innen basierte daher auf der Zugänglichkeit. In dieser Studie wurden folgende Wege der Kontaktherstellung verfolgt: Schlüsselpersonen (*Gatekeepers*), das Schneeballverfahren, sowie die direkte Kontaktierung. Bei Schlüsselpersonen handelt es sich um Personen in Institutionen, wie Beratungsstellen oder Gesundheitseinrichtungen, über die der Kontakt zu Interviewpartnerinnen hergestellt wurde. Das möglicherweise bestehende Vertrauensverhältnis der Schlüsselpersonen zu den Befragten kann die Bereitschaft zur Teilnahme eventuell positiv beeinflussen. Es kann jedoch auch zu Verzerrungen kommen, da es durch die Auswahl der Schlüsselpersonen an sich, sowie deren Nachfrage bei potentiellen Interviewpartnerinnen zu einer Selektion kommen kann. (Helfferich 2011)

Im Rahmen des Schneeballsystems wird bei Personen, zu denen ein Bekanntschafts- oder Freundschaftsverhältnis gepflegt wird, nachgefragt, ob sie jemanden kennen, der für das Interview infrage kommen könnte. Dieser Zugang wurde auch jeweils am Ende der Interviews angewandt, wodurch der Kontakt zu einer Interviewperson zustande kam. Die Mehrheit der Interviewpartnerinnen konnte oder wollte jedoch keine weiteren Kontakte vermitteln. (ebd.)

Bei der direkten Kontaktierung von Interviewpartnerinnen, darunter eine Freundin, wurde per E-Mail oder über Messenger-Dienste der direkte Kontakt hergestellt und Interviewtermine vereinbart.

Rückblickend lässt sich zusammenfassen, dass der überwiegende Kontakt zu Interviewpartnerinnen mit Hilfe von Schlüsselpersonen, sowie über die direkte Kontaktierung hergestellt wurde. Diese Zugänge wurden aufgrund des sensiblen Themas und der Auswirkungen der Corona-Pandemie, die den direkten Zugang zu Interviewpartnerinnen nahezu unmöglich machte, in Anspruch genommen. Ungeachtet dessen wurde stets das Informationsblatt übermittelt und teilweise von Institutionen ausgehängt, weitergeleitet oder an Interessentinnen weitergereicht. Aufgrund der pandemiebedingten Umstellung auf Online-Beratungsformate, stellte sich die Vermittlung über die erwähnten Anlaufstellen als schwierig, aber nicht unmöglich heraus.

Diese Wege der Kontaktherstellung führten schließlich zu einer Stichprobe von 11 Frauen mit Migrationserfahrung. Der Zeitraum der Durchführung erstreckt sich von März 2021 bis Juni 2021. Alle Interviews weisen eine Dauer von 1,5 bis 2 Stunden auf und wurden entweder auf Deutsch oder Englisch abgehalten. Es handelte sich bei 10 von 11 um Einzelinterviews. Das elfte Interview wurde mit einem Ehepaar abgehalten, bei dem der Ehemann als Dolmetscher fungierte. Alle Befragten erteilten ihre Erlaubnis, die Befragung mit einem Tablet und einem Smartphone aufzuzeichnen. Die Wahl zwei Aufnahmegeräte zu verwenden diente der Absicherung, um etwaigen technischen Schwierigkeiten oder Qualitätsproblemen vorzubeugen. Die Einwilligung zur Aufnahme geschah aus freien Stücken, andernfalls wäre das Interview schriftlich festgehalten worden. Da alle Personen einwilligten, wurde bis auf einzelne Notizen und Fragen, die sich während des Interviews ergaben, keine Mitschrift angefertigt. Dadurch war es möglich, sich gänzlich auf die interviewte Person und die Gesprächsinhalte zu konzentrieren und das Gespräch bei der Aufbereitung wortgetreu zu transkribieren. Dies war ein persönliches Anliegen, um

wörtliche Zitate bei der Ergebnisaufbereitung inkludieren zu können. Obwohl es nicht vorgesehen war Interviews mit Dolmetscher*innen durchzuführen, wurde ein Interview in diesem Format geführt, da die Möglichkeit bestand. Trotz der Tatsache, dass bei dieser Befragung Kinder anwesend waren, was zu einer erschwerten Interviewsituation führte und manche Fragen ausschließlich vom Ehemann beantwortet wurden, war der Informationsgehalt des Interviews ausreichend und es fand somit Berücksichtigung in dieser Arbeit.

Trotz der erschwerten Umstände durch die Corona-Pandemie konnten alle Interviews persönlich durchgeführt werden. Dies war ein insofern ein Anliegen, da es sich um ein sensibles Thema handelt und die Body-Mapping-Methode nur im Rahmen von Face-to-Face abgehalten hätte werden können. Es erforderte jedoch Flexibilität seitens der Forscherin und der Teilnehmerinnen. Die Orte, an denen die Interviews durchgeführt wurden, reichen vom Zuhause der Teilnehmerin bis zu Räumen in Sozialorganisationen und Vereinen. Jedenfalls wurde darauf geachtet, dass die Interviews in einem privaten, ungestörten Umfeld stattfinden konnten, möglichst in einer Umgebung, die den Interviewpartnerinnen vertraut war, um die Anonymität und Privatsphäre zu wahren und Ablenkungen vorzubeugen.

Je nach der jeweiligen Corona-Gesetzeslage erforderte es unter anderem das Tragen von Mund-Nasen-Schutz-Masken während des Interviews, die Einhaltung von 1-2 Meter Abstand, sowie das Vorweisen eines negativen Corona-Tests. Diese Hürden konnten beseitigt werden, indem die Frauen darauf aufmerksam gemacht und jeweils die Bitte geäußert wurde, aufgrund der Maske lauter zu sprechen. Um die Audioqualität der Interviews trotz Mund-Nasen-Schutz sicherzustellen, wurden vor der ersten Befragung Probeaufnahmen mit Maske getätigt, bei denen unterschiedliche Diktierssoftwares getestet wurden und jene mit dem besten Ergebnis für die Audioaufnahmen ausgewählt wurde. Das Vorlegen eines negativen Corona-Tests wurde – falls nicht von den Teilnehmerinnen vorab umsetzbar – im Rahmen von mitgebrachten Selbsttests gewährleistet. Der Mindestabstand von 1-2 Meter konnte stets eingehalten werden.

Aufgrund der limitierten Ressourcen war keine finanzielle Vergütung für die Interviews vorgesehen. Auf Nachfrage wurde dennoch eine Aufwandsentschädigung in Form eines Einkaufsgutscheins in Lebensmittelgeschäften bereitgestellt. Dies stellte jedoch die Ausnahme dar. Generell wurden bei allen Interviews als Dank und Zeichen der

Wertschätzung Getränke und Knabbereien angeboten. Zudem wurde am Ende des Interviews eine selbstgestaltete Dankeskarte sowie ein kleines Blumenarrangement überreicht.

2.2.3 Auswertung und Analyse

*„Wenn gesprochene Sprache, beispielsweise aus Interviews oder Gruppendiskussionen, in eine schriftliche Fassung gebracht wird, so nennt man dies Transkription.“
(Mayring 2016: 89)*

Den 11 Transkripten in dieser Arbeit liegen die Audioaufnahmen der Interviews zu Grunde. Die Aufnahmen wurden auf den Computer übertragen und dort mithilfe der Software MAXQDA transkribiert und analysiert. Nach der Erstellung der Transkripte wurden diese Korrektur gelesen und an zwei verschiedenen Orten, gesichert.

Die Kennzeichnung der Interviewerin erfolgte mit *I*, die der befragte Interviewpartnerin mit *B*. Bei den wörtlichen Zitaten in der Analyse wird das Kürzel *B* mit der korrespondierenden Zahl angeführt, um diese mit der Tabelle der Interviewpartnerinnen abgleichen zu können. Die Anonymisierung der Daten wurde bereits während des Transkripts vorgenommen und personenbezogene Informationen, die möglicherweise Rückschlüsse auf die interviewte Person ermöglichen, ausgelassen oder entfernt (Kuckartz 2018).

Bezüglich der Transkriptionsregeln, die festlegen in welcher Art und Weise das Gesprochene in die schriftliche Form transferiert wird, fiel die Wahl auf eine einfache, wörtliche Transkription, ohne die Berücksichtigung nonverbaler Elemente (Kuckartz 2018; Mayring 2016). Ebenso wurden Pausen, Sprachklang, Lautäußerungen, Interaktionen aufgrund der negativen Auswirkungen auf den Lesefluss bei der Transkription nicht berücksichtigt. Etwaige Einbußen hinsichtlich der höheren Detailtreue des Transkripts werden dabei in Kauf genommen. (Fuß & Karbach 2014)

Die Wahl der wörtlichen Transkription führte dazu, dass die Interviews wortgetreu transkribiert werden konnten, wobei die gewählten Wörter, sowie Fehler in Grammatik, falsche Ausdrucksweisen, Wortstellungen oder Satzbaufehler beibehalten und keine Korrekturen diesbezüglich vorgenommen wurden (ebd.). Ein Grund dafür, ist, dass der Fokus der Analyse auf der inhaltlichen Ebene liegt und nicht auf interpretativen, hermeneutischen Auswertungen. Nonverbale, kommentierende oder interaktive Elemente nehmen bei dieser Analyse daher eine untergeordnete Position ein. Zudem spielt der

Zeitaufwand eine Rolle, da einfache Transkriptionen bereits ungefähr fünf-bis zehnfach so viel Zeit benötigen, wie das Interview selbst und die Interviews in dieser Arbeit 1,5-2 Stunden umfassen. Zu guter Letzt soll die einfache wörtliche Transkription der besseren Lesbarkeit dienen und negative Auswirkungen auf den Lesefluss unterbinden. (Kuckartz 2018) Unterbrechungen und jene Handlungen, die das Gesagte untermauern, wurden hingegen inkludiert und in Form eines kurzen Kommentars in Klammern im Transkript aufgenommen. (Fuß & Karbach 2014).

Im Rahmen der Transkription wurde eine leichte Sprachglättung vorgenommen, bei der Eigenheiten der Sprache weitestgehend berücksichtigt werden. Dennoch kommt es im Sinne der besseren Lesbarkeit zu Annäherungen an die Standard- und Umgangssprache. Diese Form wurde gewählt, da die Aussagen der befragten Frauen möglichst nachvollziehbar aber dennoch originalgetreu und authentisch bleiben sollen und der Inhalt dabei verständlich. Bei dialektischen Äußerungen wie *i hob* wurde dies in ein umgangssprachliches *ich hab* umgewandelt. Da dialektische Phrasen bei den Interviews in englischer Sprache wegfallen, wurden diese Glättungen ausschließlich vereinzelt bei jenen Frauen, die bereits seit längerer Zeit in Österreich leben, vorgenommen, da die Mehrheit die deutsche Standardsprache verwendete. Dennoch existieren bei allen Interviews, ungeachtet der Sprache, unterschiedliche Sprachfärbungen, sodass einzelne Stellen während der Transkription wiederholt abgespielt werden mussten. (ebd.)

Bei der Niederschrift wurde versucht auf die Zeichensetzung der deutschen Rechtschreibung zu achten. Dennoch wurde sich vorrangig an der Intonation des Gesprochenen orientiert, da diese Variante dem Gesprochenen am nächsten kommt. Meist geht diese Art mit der grammatikalischen Zeichensetzung einher, doch da die Sprache der Befragten oftmals nicht frei von grammatikalischen Fehlern ist und es zu Unsicherheiten bezüglich der Zeichensetzung kommen kann, fiel die Wahl auf eine Orientierung an der Intonation, dem Heben und Senken der Stimme. (ebd.)

Qualitative Inhaltsanalyse

Nachdem die Transkripte erstellt wurden, begann die Analyse, die sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) und Mayring (2015) orientiert. Mayring (2015) unterteilt die Inhaltsanalyse in drei Hauptformen, die auch als Techniken verstanden werden können: Zusammenfassung, Explikation und Strukturation. Kuckartz (2018) bezieht sich ebenso auf drei Varianten, nämlich die inhaltlich-strukturierende, die

evaluative und die typenbildende qualitative Inhaltsanalyse. Die Strukturation – als zentrales Hauptinstrument – wird zudem in die formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung unterteilt (Mayring 2015).

Diese Arbeit orientiert sich an der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse, die Material zu bestimmten Themen, Inhaltsbereichen und Aspekten extrahiert und zusammenfasst. Die inhaltliche Struktur wird somit an den Themen, Inhalten und Aspekten des Gesamtmaterials ausgerichtet, wobei Themen und Subthemen als Auswertungskategorie herangezogen werden. (Kuckartz 2018; Mayring 2015)

Diese Auswertungsmethode wurde gewählt, da sie eine schrittweise regel- und theoriegeleitet Analyse ermöglicht, was die Nachvollziehbarkeit, die intersubjektive Überprüfbarkeit, sowie die Vergleichbarkeit mit anderen Studien gewährleistet (Martin et al. 2016; Mayring 2015, 2016). Zudem bietet sich diese Methode an, da die explorativ-interpretativen Analysen nicht im Vordergrund stehen und die deskriptiven Fragestellungen bewusst auf die Nennung von Themen abzielen. Auf Basis dessen wurde der Leitfaden bereits themenspezifisch erarbeitet. Dieser bietet eine gute Grundlage für die deduktive Kategorienbildung.

Das Ziel ist es, mithilfe des Kategoriensystems zentrale Themen der Texte zu identifizieren und die Gesamtheit des Textmaterials in komprimierter Form abzubilden. Die Themenfelder der einzelnen Interviews sollen identifiziert und zu einem großen Ganzen zusammenfasst werden. Dies ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit, das Erkennen möglicher Zusammenhänge, die Annahmen und Verbindungen zu theoretischen Perspektiven, sowie Vergleiche mit anderen Studien, um bestenfalls einen Erkenntnisfortschritt zu erzielen.

Da es sich bei der qualitativen Inhaltsanalyse um kein Standardinstrument handelt und es unterschiedliche Varianten und qualitativ-inhaltsanalytische Verfahren zur Textanalyse gibt, erfolgt zunächst eine kurze Erklärung über das Vorgehen (Schreier 2014; Stamann et al. 2016). Der Ablauf der Analyse lässt sich – orientiert an dem Ablaufschema von Kuckartz (2018) – folgendermaßen unterteilen: Übersicht über die Daten (1), Entwicklung thematischer Haupt- und Subkategorien (2), Erstellung eines Kodierleitfadens (3), Kodierung des gesamten Materials mit den deduktiven Kategorien (3), induktives Bestimmen von Kategorien (4), Adaptierung und Komplementierung des Kodierleitfadens (5) Zusammenfassung, Analyse und Auswertung (6).

Zu Beginn wurden die deduktiven Haupt- und Subkategorien erstellt. Die Bildung von Kategorien ist ein konstruktiver, subjektiver Prozess und es ist daher unabdingbar, dass die Vorgehensweise und die Absichten offengelegt werden, um dem Gütekriterium der Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden. (Schreier 2014) In dieser Arbeit stellt die Kategorienbildung eine deduktiv-induktive Vorgehensweise dar. Zunächst wurden die deduktiven Kategorien, die auf den Leitfragen des Interviewleitfadens basieren und somit bereits a priori vorhanden waren, erstellt. Diese deduktiven Kategorien beziehungsweise Themen dienen somit als Ausgangspunkt.

Auf Basis dessen erfolgte die Erstellung eines Kodierleitfadens (Anhang 3), der jene Aspekte abdeckt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen, um in Folge die Forschungsfragen beantworten zu können. Bei der Entwicklung des Kodierleitfadens ist die Definition der Kategorie, die durch die Beschreibung des Inhalts, Indikatoren und Beispiele erfolgt, zentral. Daher wurde, um inhaltliche Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien vorzubeugen und eine eindeutige Zuordnung zu gewährleisten, mittels der Kodierregeln festgelegt, unter welchen Bedingungen Inhalte und Textstellen der jeweiligen Kategorie zugewiesen werden. (Mayring 2015; Schreier 2014) Kuckartz (2018) verweist hierbei auf Indikatoren, deren Liste jedoch nie eine Vollständigkeit aufweisen kann. Zur Veranschaulichung werden Ankerbeispiele – Textstellen aus den Interviews – herangezogen, die als Beispiel für die jeweilige Kategorie gelten sollen.

Die klare Zuordnung von Themen zu Kategorien und die Abgrenzung der Kategorien zueinander stellt einen wesentlichen Aspekt dar. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass innerhalb einer Textpassage mehrere Haupt- und Subthemen vorkommen können, was dazu führt, dass innerhalb einer Textstelle auch mehrere (Sub-) Kategorien vertreten sind. Die Annahme, dass einer Textstelle nur eine Kategorie zugeordnet werden kann, bezieht sich lediglich auf ein Categoriesystem, in dem sich Subkategorien gegenseitig ausschließen. Es kann daher zu Überlappungen kodierter Textabschnitte kommen, die untereinander durch die Regeln jedoch abgrenzbar sind. (Schreier 2014)

Danach wurde, ausgestattet mit den deduktiven Kategorien und dem Kodierleitfaden, das Material auf das Vorkommen dieser Themen untersucht und kategorisiert. Darauf folgend wurden neu auftretenden Themen, die nicht deduktiv erfasst werden konnten, induktiv kategorisiert und somit ausschließlich aus dem Text gewonnen. Im Zuge dessen wurde auch der Kodierleitfaden adaptiert. Die induktive Bildung bezieht sich zum einen auf das

gesamte Material, um mögliche Oberkategorien zu identifizieren, was in dieser Arbeit nicht der Fall war, und zum anderen bei der Erstellung von Subkategorien, ausschließlich auf jenes Material, das der jeweiligen Hauptkategorie zugeordnet ist. In dieser Arbeit stellen induktive Kategorien ausschließlich Subkategorien dar. Um ein doppeltes Vorkommen bei der Auswertung zu vermeiden, wurde bei der Zuordnung von Subkategorien die dazugehörige Hauptkategorie entfernt.

Im Rahmen der Zuordnung deduktiver und induktiver Kategorien wurden die Transkripte systematisch repetiert gelesen und die thematische, strukturierende Analyse durchgeführt, um die identifizierten Themen direkt am Material zu kodieren. Dabei wurde die Strategie der *Subsumtion* angewandt, bei der das Material schrittweise bearbeitet wurde. Wenn Themen bereits einer bestehenden Kategorie zugeordnet werden konnten, wurde subsumiert. Die Transkripte wurden überarbeitet bis der Zeitpunkt erreicht wurde, in dem eine Sättigung eintrat und keine neuen Kategorien mehr zugeordnet werden konnten. (Kuckartz 2018; Schreier 2014)

In Bezug auf die Art der Kodiereinheiten, bei der die Kategorisierung von Sinneinheiten aufgrund des unterschiedlichen Antwortverhaltens nicht immer möglich war, wurde folgendes festgelegt: Generell wird jener Begriff oder jener „*Kern der Aussage*“ (Kuckartz 2018: 84), der zu einer Kodierung geführt haben, kodiert. Handelt es sich um umfangreiche Antworten, werden Sinneinheiten, zumindest aber ein Wort, bestenfalls ein vollständiger Satz, herangezogen. Umfasst die Sinneinheit mehrere Sätze oder Absätze werden diese ebenfalls kodiert. Als Kodiereinheit werden somit vollständige, gesamte Antworten gezählt. Diese Vorgehensweise beugt einer eventuellen Mehrfachkodierung mit dem gleichen Code im gleichen Absatz insofern vor, als dass bei satzweisem Kodieren ein Textabschnitt mehrfach mit der gleichen Kategorie kodiert werden würde. Es wurde darauf geachtet, dass kodierte Segmente – gemäß der Sinneinheiten – auch außerhalb des Kontextes verständlich sind. Bei stichwortartigen Rückmeldungen erfolgte die Kodierung zusammenhängender einzelner Wörter oder der Interviewfrage. (Kuckartz 2018; Schreier 2014)

Auf Basis der induktiven und deduktiven Kategorien wurde das Kategoriensystem auf Plausibilität geprüft oder gegebenenfalls verändert, sowie die Kategoriendefinitionen, die Kodierregeln und die Ankerbeispiele komplettiert (ebd.). Jene Textpassagen, die für die Arbeit nicht relevanten erschienen, wurden in der der Inhaltsanalyse nicht berücksichtigt.

Die Kernaussagen wurden in Memos festgehalten und die kodierten Einheiten herangezogen, um in MAXQDA Zusammenfassungen zu schreiben, die die weitere Bearbeitung erleichterten und zugleich die Basis für die Auswertung bildeten. Die zusammengefassten Kernaussagen wurden durch direkte Zitate illustriert. Die wörtlichen Zitate sollen die Argumentation stützen und den Befragten eine aktivere Rolle in dieser Arbeit zukommen lassen. Sie wurden unter anderem aufgrund ihrer Aussagekraft und Illustration ausgewählt, wenn beispielsweise etwas plakativ ausgedrückt oder die eigene persönliche Einschätzung oder Meinung kundgetan wurde. Das Ziel, Aussagen aller Interviews gleichermaßen zu berücksichtigen, ist nicht gänzlich umsetzbar, unter anderem, da Interviewlänge und thematische Sättigung variierten.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die qualitativen Daten dieser Studie mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse unter der Verwendung von inhaltlichen, thematischen Kategorien ausgewertet wurden. Dabei erfolgte die Erstellung der inhaltlichen Kategorien deduktiv-induktiv unter Verwendung der Strategie der Subsumtion. Tabelle 3 soll als Übersicht darüber dienen, welche Themen und Subthemen in den Interviews auftraten.

Tabelle 3: Themen und Subthemen der Interviews; eigene Darstellung

Themen	Subthemen
Persönliche Einstellungen	Ablehnung Befürwortung Ambivalenz Besserstellung der Beschneidung* (Männliche Genitalbeschneidung)*
Faktoren des Umdenkens	Migration Aufklärung & Bildung Kontakt mit Kulturen & Menschen Medien Religion Persönliche Erfahrung und Erlebtes
Wien	Existenz Alternativen Kochendes Wasser* Vacation cutting Einstellungen in den Communitys in Wien
Diaspora	Einfluss Herausforderungen und Machtlosigkeit* Druck

* induktiv

2.3 Body Mapping

Bei Body Maps handelt es sich um Körperkarten, die den Teilnehmer*innen entweder zur Verfügung gestellt oder die selbst angefertigt werden. Letzteres umfasst zumeist körpergroße Zeichnungen des eigenen Körpers, die mit unterschiedlichen Kunstmaterialien und Farben gestaltet werden. (De Jager et al. 2016) Die Body Maps fungieren als offene Technik, um den Befragten zu ermöglichen ihre Gefühle, Gedanken und Erfahrungen zu visualisieren. Dies hilft zusätzlich zu dem Gesagten, der verbalen Komponente, die Ansichten visuell darzustellen und zeigt die Diversität der Sichtweisen und die Tatsache, dass hinter jeder Geschichte ein Mensch mit eigenen Gedanken und Ansichten steht. (Arnault 2017)

Sood et al. (2020) teilen die verschiedenen Arten von Körperkarten in Körperumrisse in Lebensgröße (1), Anatomische Diagramme (2) und Sensorische Körperkarten (3) ein. Letztere umfassen Fragestellungen darüber, wie und was in bestimmten Situationen wahrgenommen, gedacht oder gefühlt wird. Die Frage, die den Teilnehmerinnen in dieser Arbeit hinsichtlich der Body Maps gestellt wurde, zählt zu dieser Kategorie.

Der Prozess des Gestaltens – das *Body Mapping* – kann als *“the process of creating body-maps using drawing, painting, or other art-based techniques to visually represent aspects of people's lives, their bodies and the world they live in”* verstanden werden (Gastaldo et al. 2012: 5).

Das Body Mapping wurde ursprünglich als therapeutisches Instrument im Gesundheitsbereich bei Themen wie Verhütung, HIV, Reproduktion angewandt und kann individuell oder in Gruppen durchgeführt werden. Es etablierte sich mit der Zeit als eigenständige Forschungsmethode in verschiedenen Disziplinen, darunter auch in der Sozial- und Verhaltensforschung. (Coetzee et al. 2019; De Jager et al. 2016; Gastaldo et al. 2018) Solomon (2008) verweist auf folgende Möglichkeiten für den Einsatz von Body Maps als therapeutisches Instrument (1), Werkzeug zur Information und Unterstützung bei der Behandlung (2), Forschungsinstrument (3), Interessensvertretung (4), Hilfsmittel für den Dialog zwischen den Generationen (5), Werkzeug zur Teambildung (6), künstlerisches Entfaltungsinstrument (7), sowie biografisches Werkzeug.

In dieser Arbeit wurden die Körperkarten als visuelles, partizipatives, qualitatives Forschungsinstrument gesehen, wobei die Zeichnungen jeweils eine Ergänzung zu den Interviews darstellen (Coetzee et al. 2019). Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass bei

manchen Befragten andere Bereiche ebenfalls angesprochen wurden, wie beispielsweise ein therapeutischer Effekt oder die kreative Entfaltungsmöglichkeit, die verbal möglicherweise nicht ausgeschöpft werden konnte.

Body Mapping kann demnach ein kreativer und abwechslungsreicher Prozess sein, der jedoch auch zu Emotionen und schmerzhaften Erinnerungen führen oder die Aufarbeitung von Erlebtem bewirken kann. Dies wurde bei einer Befragten erkannt, als sie beim Einzeichnen Tränen in den Augen hatte und ihre Stimme zitterte. Es ist daher von größter Wichtigkeit, zum einen die Teilnehmer*innen darüber zu informieren, dass es ihnen obliegt, wie viel sie preisgeben wollen und es zum anderen weder richtig noch falsch gibt. Letzteres ist ebenfalls im Zusammenhang mit den künstlerischen Kompetenzen der Teilnehmer*innen zu sehen, da viele an ihren Fähigkeiten zweifeln. In diesem Fall sollte vermittelt und zugleich ermutigt werden, dass es sich nicht um das Werk an sich handelt, dem Wichtigkeit beigemessen wird, sondern um die Botschaft, die es enthält. Abgesehen davon stellt die Methode insofern einen Vorteil dar, da sie Sprachbarrieren überwinden kann. Eine Einschränkung diesbezüglich könnte sich jedoch bei unterschiedlichen Lese- und Schreibfähigkeiten ergeben. (Gastaldo et al. 2012)

Weitere Nutzen dieser Methode sind das Bewusstsein zur Reduzierung von Stigmatisierungen beizutragen, die Erleichterung Wissen und Erfahrungen zu vermitteln, die nicht verbal kommuniziert werden können, die Steigerung des Selbstwertgefühls, sowie eine aktive Rolle bei der Datenerstellung und Auswertung (De Jager et al. 2016). Dies wirkt insbesondere den asymmetrischen Machtverhältnissen im Forschungsprozess entgegen (Cornwall 1992; Gastaldo et al. 2012). Das Body Mapping besitzt die Fähigkeit mehr Stimmen einzubeziehen, Teilnehmer*innen als Ko-Produzenten*innen von Wissen zu betrachten und Mechanismen zu durchbrechen, die Hierarchien der Ausgrenzung aufrechterhalten (Gastaldo et al. 2018; Parker et al. 2018). Body Mapping als Forschungsmethode birgt daher auch das Potential zur De-kolonialisierung der Wissensproduktion (Gastaldo et al. 2018).

Die Resultate – die Body Maps – besitzen das Potential, dass Teilnehmer*innen, durch einen tieferen, reflexiven Prozess kreativ kommunizieren und zielen unter anderem darauf ab, ein vollständigeres und tieferes Bild von der Lebens- und Gefühlswelt der befragten Teilnehmer*innen zu erhalten (Cornwall 1992; Gastaldo et al. 2012). Dennoch ist es wichtig im Hinterkopf zu behalten, dass es sich bei Body Maps lediglich um eine

Momentaufnahme handelt. Das Bild wird zu einer gewissen Zeit an einem bestimmten Ort angefertigt und kann unbewusst durch die Interaktion mit der Forscher*in deren Subjektivität beeinflusst werden. Die Körperkarte an sich – die endgültig erscheint – darf nicht missverstanden werden, da es sich um eine dynamische und vergängliche Realität handeln kann. (Gastaldo et al. 2012)

Die Relevanz von Body Maps fassen Gauntlett & Holzwarth (2006: 89) folgendermaßen zusammen:

“we need research which is able to get a full sense of how people think about their own lives and identities, and what influences them and what tools they use in that thinking, because those things are the building blocks of social change.”

In Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung führen Sood et al. (2020) und Vogt et al. (2017) jene Variante an, bei der Bilder von Mädchen gezeigt wurden, um anhand dieser die Einstellungen und Gefühle der Befragten zu analysieren. Diese Daten offenbarten Einstellungen und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit FGM/C und wurden unter anderem verwendet, um die physischen und psychosozialen Risiken von FGM/C, sowie soziale Normen in Bezug auf die Praxis zu untersuchen.

2.3.1 Vorgehen und Durchführung

In dieser Arbeit wird das Body Mapping als Ergänzung zu den verbalen Daten, die im Rahmen der Befragungen gewonnen wurde, verstanden. Aufgrund der limitierten Ressourcen wurden die Body Maps auf Papier bereitgestellt und das Body Mapping am Ende des Interviews durchgeführt. Die Vorgabe der Body Map diente dazu, Überforderung bezüglich der Gestaltung vorzubeugen und eine Vergleichsbasis zu ermöglichen.

Zunächst wurde den Teilnehmerinnen die Körperkarte (bildlicher Umriss eines Körpers in seiner physischen Form) ausgehändigt, mit der Anmerkung, dass es sich um einen menschlichen Körper handelt. Das Geschlecht konnte von den Befragten selbst gewählt werden. Danach wurden verschiedene Farben bereitgestellt und darauf aufmerksam gemacht, dass sie so viele Farben verwenden können, wie sie wollen.

Im Anschluss wurde das Vorgehen erklärt, wobei auf die Intention, die Anonymität und die Fragestellung eingegangen wurde, die wie folgt lautete: „*Woran denken Sie bei der weiblichen Genitalbeschneidung und wie fühlen Sie sich dabei?*“ Das Ziel ist es, mit dieser Assoziationsfrage (Hug & Poscheschnik 2020) die Gefühle und Gedanken, die mit FGM/C

in Verbindung gebracht werden, hervorzurufen, was zu einer freien Assoziation, die in einer visuellen Gestaltung der Body Map mündet, führen soll. Die Fragestellung ist bewusst sehr offen, da ein Überfluss an Details das Ergebnis beeinflusst beziehungsweise einschränkt, da nur jene Körperbereiche gestaltet werden sollen, an die sie denken.

Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass es kein richtig oder falsch gibt und die kreativen Fähigkeiten nachrangig sind. Falls noch Unklarheiten oder Fragen auftauchten wurden diese ebenfalls davor oder während der Gestaltung geklärt. Es wurde keine zeitliche Begrenzung gesetzt und die Frauen konnten die Body Map gestalten, bis sie der Ansicht waren, dass sie fertig sind. Bei Ratlosigkeit wurde seitens der Forscherin vereinzelt näher auf bestimmte Gebiete des Körpers eingegangen, wie beispielsweise den Gesichtsausdruck. Die Zeit für die Gestaltung der Body Map reichte von 5 bis 15 Minuten. Im Anschluss, wenn dies nicht bereits während des Vorgangs erfolgte, wurde die Body Map gemeinsam betrachtet und die Gedanken dazu besprochen.

2.3.2 Auswertung und Analyse

Body Maps werden häufig in Kombination mit anderen Datengenerierungsmethoden verwendet, um die narrative Komponente mit anderen Daten zu verbinden. Bei diesen handelt es sich zumeist um mündlich generierte Daten, wie Interviews oder Fokusgruppen, die gemeinsam mit der Body Map analysiert und deren Daten zusammengeführt werden. (Gastaldo et al. 2018) In dieser Arbeit wurde die Erstellung der Body Map im Rahmen des Einzelinterviews durch- und die Ergebnisse anschließend zusammengeführt.

Die Datengenerierung erfolgte in diesem Fall durch die Anfertigung der Body Map und der gleichzeitigen oder anschließenden Erklärung des Gezeichneten. Die Auswertung findet durch die Interpretation der Gestalterin statt, die ebenfalls im Rahmen des Interviews in Audioformat aufgenommen wurde. In dieser Arbeit wird die Ansicht von Gauntlett & Holzwarth (2006) vertreten, wonach die Interpretation durch die gestaltende Person passieren muss, da Vermutungen oder spekulative Annahmen seitens der Forscher*in nicht zielführend sind. Die Body Map mit Hilfe von Fachwissen oder eigenen Erfahrungen zu interpretieren geht an der eigentlichen Absicht vorbei, so nah wie möglich an andere Menschen und deren Lebenswelten heranzutreten, um deren Ansichten zu verstehen.

Nach Gastaldo et al. (2012) handelt es sich bei der Erstellung der Body Map bereits um die erste analytische Ebene, gefolgt von der zweiten, die ausschließlich von Forscher*innen durchgeführt wird. Der Prozess an sich und seine visuellen und verbalen

Ergebnisse – Body Map und Erklärungen – stellen wertvolle Daten für die Analyse dar, weshalb diese in der Untersuchung in Kapitel 7 angeführt und erst in der Zusammenführung der beiden Datenstränge analysiert werden. Dabei kann es sich um eine induktive und deduktive Analyse für jede einzelne Body Map und/oder über mehrere Body Maps hinweg handeln.

Die forschende Person befasst sich daher ausschließlich mit der Gesamtanalyse, bei der durch die Zusammenführung der Daten Schlussfolgerungen entstehen können:

“So it’s not that the researcher can have nothing to say, but rather that they need to listen to what is said overall and then come back in at the end and develop conclusions and theory, based on an overview of all that has been created and recorded.”
(Gauntlett & Holzwarth 2006: 87)

3 Theoretische Perspektiven

Die theoretische Perspektive beinhaltet die Definitionen grundlegender Begriffe sowie Konzepte der Kultur- und Verhaltenstheorien, die dem Verständnis dieser Arbeit dienen sollen. Die Anwendung der theoretischen Perspektiven findet in der Diskussion statt.

3.1 Begriffe

Im Folgenden werden grundlegende Begriffe erläutert, beziehungsweise definitorische Annäherung gewagt, die für das Verständnis der Arbeit unabdingbar sind. Dabei wird ein Versuch unternommen, diese Begriffe auf die Spezifika dieser Thematik umzulegen.

Migration & Diaspora

Der Terminus *Migration* stammt aus dem Lateinischen und bedeutet wandern, Wanderung. Die Natur- und Sozialwissenschaften beschäftigen sich seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit dem Phänomen Migration, dass es bereits seit den Jäger- und Sammlerkulturen gibt und somit als Merkmal des Mensch-Seins verstanden werden kann. (De Lange et al. 2014; Freytag et al. 2016; Han 2016)

Eine einheitliche Definition von Migration ist bisher noch ausständig. In jedem Fall kann sie dem Konzept der Mobilität zugeordnet werden, die wiederum in die räumliche (Bewegung im Raum) und soziale Mobilität (Änderung des sozialen Status) gegliedert werden kann (F. Hillmann 2016). In dieser Arbeit ist vor allem Letztere von Interesse: der Positionswechsel zwischen Orten. Migration bezieht sich daher auf „solche Bewegungen von Personen und Personengruppen im Raum (*spatial movement*) [...], die einen dauerhaften Wohnortwechsel (*permanent change of residence*) bedingen.“ (Han 2005: 7).

In diesem Fall handelt es sich um internationale Migration, die sich auf einen dauerhaften Wohnsitzwechsel und die Verlagerung des Lebensmittelpunktes über Staatsgrenzen hinweg bezieht (De Lange et al. 2014). Die Zielgruppe dieser Studie umfasst Frauen, die in einem afrikanischen, FGM/C praktizierenden Land geboren und nach Wien migriert sind.

In Bezug auf den Grad der Freiwilligkeit lässt sich festhalten, ob es sich um eine Migration oder um Flucht handelt. Flucht stellt dabei eine Dimension der Migration dar, die sich aufgrund des Kriteriums der Unfreiwilligkeit von anderen Migrationsarten unterscheidet. (F. Hillmann 2016) Die Offenlegung, ob es sich bei der Einwanderung der Befragten nach

Österreich um Migration oder Flucht gehandelt hat, wurde bewusst nicht verlangt. Auf Basis der rechtlichen Aufenthaltsgenehmigungen in Österreich, die von Asyl über subsidiären Schutz und Visa bis zur österreichischen Staatsbürgerschaft reichen, ist in dieser Arbeit notwendigerweise die Rede von Frauen mit Migrationserfahrung, zu denen Frauen mit Fluchterfahrung ebenfalls gezählt werden.

Die internationale Migration führt zu Diaspora-Gemeinschaften in den neuen Residenzländern. Der Begriff *Diaspora* hat seinen Ursprung im Griechischen und bedeutet Zerstreuung oder Verbreitung. (Mayer 2005) Da keine einheitliche Definition existiert, wird nun auf jene vereinfachte Beschreibung verwiesen, die in dieser Arbeit Anwendung findet. Unter Diaspora werden alle Migrant*innen oder Gemeinschaften (Communitys) der gleichen ethnischen Zugehörigkeit außerhalb des Herkunftslandes bezeichnet, deren Identität und Zugehörigkeitsgefühl durch ihre Migrationserfahrung und ihren Hintergrund geprägt ist. Zudem pflegt die Diaspora Verbindungen zu ihrer Heimat. (F. Hillmann 2014; IOM 2019) Nicht nur bei den Studien, die in dieser Arbeit Einzug finden, sondern auch bei den Interviews zählen jene zu der Diaspora oder Diasporagemeinschaften, die ihr Heimatland verlassen haben, in einem anderen Land leben und dort als Minderheit vertreten sind.

Geschlecht

Neben dem biologischen Geschlecht *sex*, dass sich auf die körperlichen und biologischen Merkmale bezieht, existiert die soziale und kulturelle Konstruktion von Geschlecht *gender*, die durch Sozialisationsprozesse erlernt und das an Erwartungen, Verhaltensweisen oder Eigenschaften geknüpft wird. Die durch soziale Prozesse konstruierte Geschlechtlichkeit mündet somit in der kulturellen Prägung, dessen, was als männlich oder weiblich gilt. Dabei tragen die Machtverhältnisse und sozialen Regeln innerhalb einer Gesellschaft maßgeblich zur Differenzierung und Hierarchisierung der Geschlechter bei. Der Körper nimmt dabei eine tragende Rolle ein, da Männlichkeit und Weiblichkeit unmittelbar an den Körper gebunden sind und das Geschlecht, sowie die jeweilige Rolle daran festgemacht wird. Durch den Körper werden Differenzen wahrgenommen und legitimiert. (Freytag et al. 2016; Wastl-Walter 2010)

In dieser Arbeit spielen beide Geschlechteransätze – das biologische und soziale – eine Rolle, da FGM/C sowohl körperliche Veränderung mit sich bringt, als auch Attribute, die sozial konstruiert sind wie beispielsweise Schönheit (Mulongo et al. 2014).

Raum

In der Geographie kann zwischen vier Raumkonzepten unterschieden werden: Der Raum als Container (1), der Raum als System von Lagebeziehungen (2), der Raum als Kategorie der Sinneswahrnehmung (3) und der Raum als Konstrukt (4) (Freytag et al. 2016).

Die Annahme des Container-Raumes bezieht sich auf Räume, die nebeneinander existieren und durch Grenzen voneinander getrennt sind, sodass die darin lebende Bevölkerung vorrangig als homogen verstanden wird. Dabei werden oftmals Verbindungen zwischen Territorium und der Bevölkerung mit spezifischen Eigenschaften hergestellt. (Freytag 2014)

Kritisch zu sehen sind hierbei die Theorien der Geographisierung des Denkens. Dieses orientiert sich an einem totalitätsorientierten Kulturbegriff, schafft Dichotomisierungen, Generalisierungen sowie Exotisierungen. Bei der Geographisierung des Denkens werden bestimmte Denk- und Verhaltensmuster gewissen geographischen Regionen zugeteilt, wie beispielsweise kollektive Interessen und die Anpassung an diese, die speziellen kulturellen Zugehörigkeiten zugeordnet wird. Der Versuch Denken zu geographisieren gründet auf historisch entwickelten Vorurteilen und Machtverhältnissen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass in dieser Arbeit von dem Gegenteil ausgegangen wird und Kulturen zum einen nicht als geschlossene Systeme verstanden werden, sondern als dynamisch, heterogen und offen. Zum anderen finden die inneren Differenzierungen innerhalb einer Kultur oder eines Landes Berücksichtigung. (Yousefi & Braun 2011)

Der Container-Raum wäre in dieser Arbeit insofern zu berücksichtigen, wenn es um die Länderkunde ginge und die Herkunftsländer und Österreich als Nationalstaaten gesehen werden, was jedoch nicht bedeutet, dass diese in sich geschlossen sind, da es auch ein Bestandteil dieser Arbeit ist, den kommunikativen Austausch hinsichtlich FGM/C zwischen Familienmitgliedern und den emigrierten Frauen zu untersuchen. Es handelt sich um verschiedene Kulturräume, die auf unterschiedlichen kulturspezifischen Wahrnehmungen basieren, die jedoch durchlässig und somit veränderbar sind. Dies zeigt sich in den Studien, in denen sich die Wahrnehmung und auch die Einstellung gegenüber FGM/C in westlichen Ländern ändert. (Freytag et al. 2016; Wardenga 2002)

In dieser Arbeit werden demnach vorrangig die letzten beiden Auffassungen (3 & 4) vertreten. Der Raum als Sinneswahrnehmung befasst sich mit der Wahrnehmung und dem Erleben von Räumen. Dabei werden subjektive Bedeutungen und Zuschreibungen

angewandt, was folglich zu einer räumlichen Differenzierung führt. Die Realität muss daher in ihrer Pluralität anerkannt werden. Es handelt sich um subjekt- und gruppenzentrierte Wahrnehmungen, Einstellungen und Bewertungen als mögliche Ausgangspunkte, basierend auf der Tatsache, dass derselbe Raum auf unterschiedliche Art und Weise wahrgenommen werden kann. (ebd.)

Das Raumverständnis aus konstruktivistischer Sicht geht davon aus, dass Räume erzeugt werden. Es handelt sich daher um die gesellschaftliche Konstruktion von Räumen. Dabei wird hinterfragt *„wer unter welchen Bedingungen und aus welchen Interessen heraus wie über bestimmte Räume kommuniziert und sie durch alltägliches Handeln, durch alltägliche Praktiken fortlaufend produziert und reproduziert“*. (Freytag et al. 2016: 3) Um es anders zu formulieren: Raum ist als Komponente von Handlungen und Kommunikation zu verstehen (Wardenga 2002).

In Bezug auf den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit wird die subjektive und individuelle Einstellung von FGM/C untersucht, die Auswirkungen auf das Verhalten und Handeln von Menschen im Raum hat. Dies wiederum führt zu der Frage, was unter Einstellung, Verhalten und Handeln verstanden wird.

Einstellung, Verhalten und Handeln

Bei einer Einstellung oder Attitüde handelt es sich um eine

„Haltung, Richtung bzw. selektive Ausrichtung des Denkens, Erkennens, Wahrnehmens, Urteilens, Wertens und Verhaltens. [...] Sie führt in der Regel zu verfestigten Strukturen von Anschauungen, Meinungen und Überzeugungen zu bestimmten Bereichen oder Problemen der sozialen Umwelt.“ (K.-H. Hillmann 2007: 173)

Der Begriff beinhaltet somit seelische Bereitschaftszustände, die das menschliche Handeln beeinflussen. Sie wurden im Zuge der Sozialisation erlangt und basieren auf gesellschaftlichen, kulturellen oder gruppenspezifischen Normen. Überdies erleichtern sie die Auseinandersetzung mit dem Alltag beziehungsweise der Realität, da stets auf das erlernte Repertoire an Wissen und das Wahrnehmungs- und Interpretationsschema zurückgegriffen werden kann. (Bobek & Werlen 2018)

Das Verhalten umfasst unter anderem ein Tun, das auf Basis eines Reflexes oder einer Reaktion stattfindet und sowohl aktiv als auch passiv sein kann. Die grundlegende Annahme ist, dass menschliches Verhalten mehrheitlich erlernt ist und durch variable

äußere und interne Reize beeinflussbar und daher auch veränderbar ist. Verhaltensänderungen hängen von der Belohnung oder der Bestrafung ab. Je nachdem wird das Verhalten verstärkt oder unterdrückt. Tendenziell kann gesagt werden, dass je eher ein Verhalten belohnt oder positiv bewertet wird, umso eher und möglicherweise verstärkt tritt dieses Verhalten auf. (K.-H. Hillmann 2007) In Bezug auf FGM/C lässt sich sagen, dass solange die Beschneidung positiv konnotiert und mit Ansehen und Stolz einhergeht, es schwieriger ist dieses Verhalten aufzugeben als möglicherweise in Ländern, in denen dies nicht der Fall ist und eine strafrechtliche Verfolgung droht (Mackie 2000).

Max Weber vertritt die Ansicht, dass Handeln als speziellere Art von Verhalten angesehen werden kann. Die Definition Webers (2005: 1) lautet: *„Handeln‘ soll [...] ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden.“* Zu betonen ist es hier, dass *„Handeln aus dem Verhalten hervorgeht und nicht umgekehrt.“* (Vester 2009: 46).

Weber zufolge kann zwischen zweckrationalem, wertrationalem, affektuellem und traditionalem Handeln unterschieden werden. Die weibliche Genitalbeschneidung kann aufgrund eines bestimmten Zwecks, wie der Heiratsfähigkeit der Frau und der Glaube an den ästhetischen, religiösen Wert der Beschneidung, sowie der Tatsache, dass sie als Gewohnheit praktiziert wird, als zweckrationale, wertrationale und traditionale Handlung gesehen werden. (Weber 2005)

Kultur, Kulturrelativismus & Universalismus

Diese Arbeit orientiert sich an dem Kulturbegriff von K.-H. Hillmann (2007). Näheres zu Kulturkonzepten folgt im anschließenden Kapitel. Nach K.-H. Hillmann (2007: 471) ist *„Kultur die Gesamtheit der Lebensformen, Wertvorstellungen und der durch menschliche Aktivitäten geformten Lebensbedingungen einer Bevölkerung [...] das Wissen und die Nutzung von gesetzmäßig ablaufenden Naturprozessen einschließlich des menschlichen Lebens, alle Ideen, Werte, Ideale, Sinngebungen und Symbole sowie die Methoden und Institutionen des gesellschaftlichen Zusammenlebens.“*

In der vorliegenden Arbeit wird ein offener, erweiterter, lebensweltlicher Kulturbegriff angewendet, der Kulturen als heterogen und dynamisch versteht. Der geschlossene Kulturbegriff grenzt Kulturen dagegen auf politischer, geographischer, sprachlicher oder geistesgeschichtlicher Ebene räumlich ein. Das Container-Denken, das die räumliche

Einteilung von kulturellen Lebenswelten auf bestimmte, abgrenzbare Territorien versteht, wird abgelehnt. Ebenso wenig wie *Raum* ist *Kultur* einem Container zuzuordnen. Kulturen definieren sich dementsprechend als soziale Lebenswelten, die in ihrer Größe und Zusammensetzung wechseln. (Bolton 2007) Gemäß des lebensweltlichen Kulturbegriffs gilt: „*Eine Gesellschaft hat keine Kultur, sondern ist Kultur*“ (ebd.: 14).

Zudem muss beachtet werden, dass es innerhalb einer Kultur Unterschiede gibt. Menschliche Individualitäten und Handlungsfähigkeiten sind anzuerkennen. Es kann nicht wie im Marionettenmodell angenommen werden, dass Menschen wie Marionetten von der Kultur gesteuert werden. (Leiprecht 2001)

Das Thema der weiblichen Genitalbeschneidung wird in dieser Arbeit durch die Linse eines weichen Kulturrelativismus betrachtet. Der harte Kulturrelativismus vertritt die Ansicht, dass jegliche Einmischung und die Beurteilung von Phänomenen fremder Kulturen wie Rituale oder Traditionen unterlassen werden soll. Dies gründet auf dem Recht der Ausübung der eignen Kultur, Sprache, Religion, Identität, was den Vergleich oder die Verallgemeinerung verschiedener Kulturen nicht zulässig macht. Letztlich erscheint Angehörigen einer Kultur möglicherweise etwas falsch, was anderen als richtig vorkommt. Der Universalismus steht dem gegenüber, denn dieser setzt sich über kulturelle Kontexte und Unterschiede hinweg und stellt universelle, allgemeingültige moralische Normen und Werte auf, die gemäß den Menschenrechten und der Menschenwürde für alle Menschen gleich sind. Jegliche Art kultureller Rituale, bei denen Gewalt an Menschen ausgeübt wird, gilt es zu verurteilen. Dabei besteht die Gefahr von kulturellen Dominanzbildungen oder Ethnozentrismen. Um dem Vorgegangenen entgegenzuwirken und weder zu kulturrelativistisch noch zu universalistisch vorzugehen, fiel die Entscheidung auf den weichen Kulturrelativismus, der versucht näher auf die Betrachtung des jeweiligen Kontextes, die Komplexität und auf das Verständnis der kulturellen Phänomene an sich einzugehen. (Bolton 2007; Mende 2011; Schnüll 2003)

3.2 Kultur- und Verhaltenstheorien

Die Behandlung des Themas ließe sich aus verschiedenen theoretischen Blickwinkeln betrachten: Feminismus, Postkolonialismus, Globalisierung und Transnationalismus sowie Kulturrelativismus und Universalismus. Die Inklusion dieser Ansätze geht über diese Arbeit hinaus, deshalb wurde jener theoretische Rahmen gewählt, der für die Forschungsfragen am geeignetsten erschien: Kultur- und Verhaltenstheorien.

Die kulturellen Ansätze werden dabei insofern als relevant erachtet, als dass sich die kulturellen Aspekte des Herkunftslandes und des Einwanderungslandes unterscheiden können und dies wiederum Einfluss auf die Einstellung gegenüber FGM/C haben kann. Zudem dient es im Sinne des Zwiebelmodells Hofstedes (2001) und des Lebensweltansatzes nach Schütz & Luckmann (2017) dem Verständnis dieser Arbeit hinsichtlich der Sozialisation und der Normalität von FGM/C in praktizierenden Ländern. Die Cultural Moments und das Transtheoretische Modell (*Stages of Change*) zeigen die Möglichkeiten und Faktoren der Verhaltensänderungen unter anderem in Bezug auf Migration auf, die auch in dieser Arbeit behandelt werden. Das Akkulturations- und das Integrationsmodell setzen dort an und verweisen auf einflussnehmende Faktoren im Zuge der Akkulturation im Einwanderungsland. Der Konventionsansatz (*Social Convention Theory*) nach Mackie (1996, 2000), der zumeist für die Strategien der Bekämpfung von FGM/C angewandt wird, wird in dieser Arbeit herangezogen, um die Diaspora und deren Meinung in Zusammenhang mit einer möglichen Einstellungsveränderung im Herkunftsland zu untersuchen.

Der Grund, warum nicht ein theoretischer Zugang in vertiefter Form gewählt wurde, ist, dass in dieser Arbeit eine Vielzahl an Aspekten wie Einstellung, Verhaltensänderung, Migration und Einflüsse der Diaspora behandelt werden. Daher fiel die Wahl auf die für diese Studie relevanten Auszüge der jeweiligen theoretischen Zugänge.

3.2.1 Mentale Programmierung

Im Laufe des Lebens verinnerlicht jeder Mensch Kultur, Denk- und Verhaltensweisen, sowie die Sprache des sozialen Umfeldes. Dies wird durch die Sozialisation unhinterfragt übernommen. (Bolton 2007; Hofstede 2001)

Das Erlernen der Kultur findet gemäß Hofstede (2001) in den ersten zehn Lebensjahren eines Menschen statt. Diese Werte bleiben anschließend weitestgehend stabil und unveränderlich. Hofstede (2001) verweist hierbei auf die mentale Programmierung des Menschen, wobei diese durchbrechbar ist und das menschliche Verhalten nicht von vornherein bestimmt wird. Das Drei-Ebenen-Modell (siehe Abbildung 1) verdeutlicht die *menschliche Programmierung*: Menschliche Natur (unterste Modellebene), Kultur (mittlere Modellebene) und Persönlichkeit (oberste Modellebene). Die menschliche Natur ist allen Menschen gleich und beinhaltet vererbte und universelle Fähigkeiten, wie das Empfinden von Gefühlen. Die Kultur wird erlernt und verweist auf die Gesamtheit aller

Denk- und Verhaltensweisen innerhalb einer Gesellschaft, während die individuelle Persönlichkeit auf den eigenen Erfahrungen beruht. (Hofstede 2001, 2017)

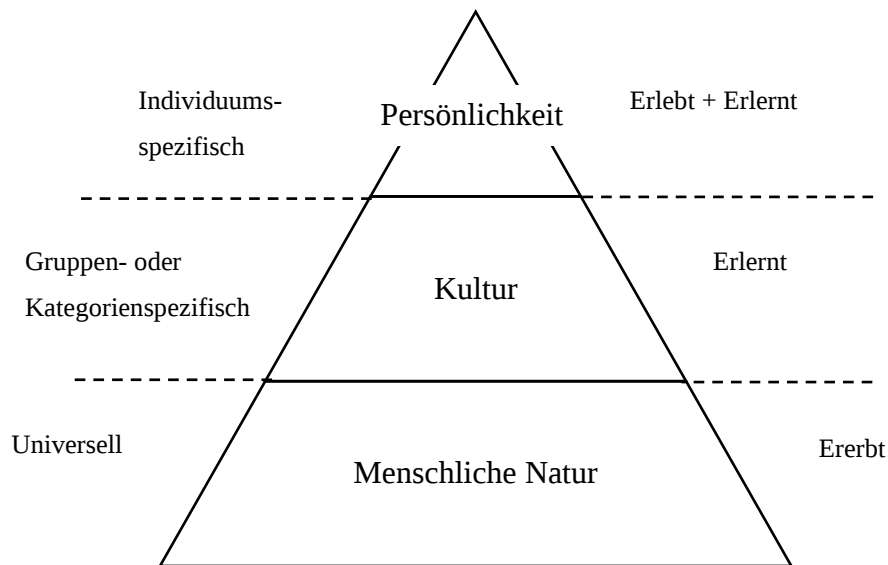


Abbildung 1: Die drei Ebenen der mentalen Programmierung nach Hofstede 1993: 19; eigene, leicht adaptierte Darstellung

Innerhalb einer Kultur bilden Werte die Basis – den Kern – und führen zu Definitionen und Vorstellungen dessen, was als böse und gut, schmutzig und sauber, gefährlich und sicher, hässlich und schön, unnatürlich und natürlich, verboten und erlaubt, unmoralisch und moralisch, anomal und normal, paradox und logisch, irrational und rational angesehen wird. Somit schafft Kultur den Bezugsrahmen für jenes Denken, Fühlen und Handeln, das kollektiv in den gesellschaftlichen Werten vertreten und geteilt wird und wonach Mitglieder einer Gesellschaft streben. (Bolton 2007; Hofstede 2017)

Zugleich schafft dieser Kern Sinn und legitimiert Traditionen, soziale Normen, Rollenbilder, sowie Verhaltensmuster, die im Laufe der Sozialisation und der Enkulturation von Nachkommen erlernt werden. Diese Weitervermittlung und gleichzeitige Tradierung der soziokulturellen, gemeinschaftlichen Werte reproduziert eine Gesellschaft immer wieder aufs Neue und *die* Kultur bleibt erhalten. Dementsprechend ist Kultur erlernt und nicht angeboren. (K.-H. Hillmann 2007)

Ausdruck finden die verinnerlichten Werte durch Rituale, Verhaltensvorbilder und Symbole. Dabei stellen Rituale kollektive Tätigkeiten dar, die von allen Mitgliedern einer Kultur praktiziert werden. Dazu kann auch die weibliche Genitalbeschneidung gezählt werden. Die *Held*innen* einer Kultur sind jene Verhaltensvorbilder innerhalb der

Gesellschaft, die positiv konnotierte Eigenschaften verkörpern und Werte weitergeben, die von anderen übernommen werden, während die Symbole beispielsweise Sprache, Statussymbole und Mode beinhalten. (Hofstede 1993, 2001) Als Vorbilder könnten beispielsweise die eigene Mutter oder Großmutter gesehen werden, die möglicherweise ebenfalls beschnitten wurden und ein gutes Leben führen.

Im Zwiebelmodell (Abbildung 2) werden die drei Dimensionen – Rituale, Held*innen und Symbole –, die als die expliziten Elemente von Kultur gelten im Überbegriff *Praktiken* zusammengefasst. Diese können sich rasch verändern. Die Werte, einer Kultur hingegen sind nur schwer veränderbar, da diese bereits im Kindesalter erlernt wurden. Diese Grundwerte weisen daher oftmals eine hohe Beständigkeit auf. (Hofstede 2017)

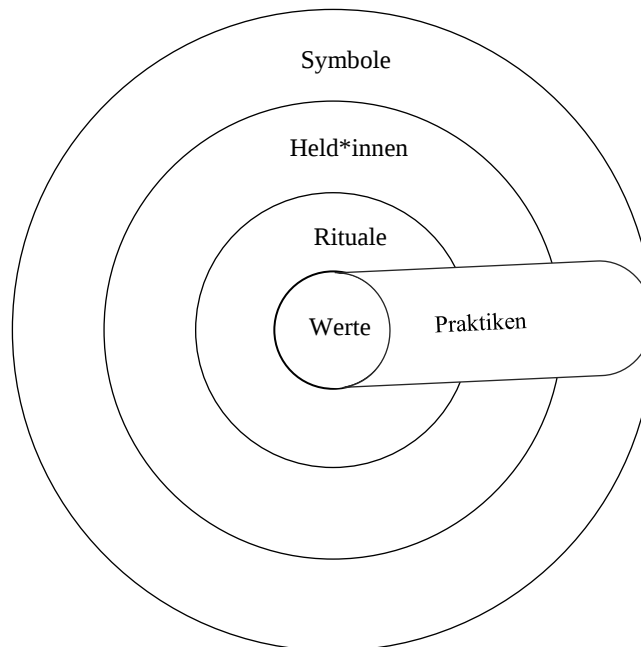


Abbildung 2: Zwiebelmodell nach Hofstede 2001, S.11, adaptiert; eigene Darstellung

3.2.2 Lebenswelt

Um menschliche Denkweisen und Handlungen deuten zu können, muss zunächst die für den Menschen selbstverständliche Wirklichkeit definiert werden, denn dabei handelt es sich um die alltägliche Lebenswelt (Schütz & Luckmann 2017).

„Unter alltäglicher Lebenswelt soll jener Wirklichkeitsbereich verstanden werden, den der wache und normale Erwachsene in der Einstellung des gesunden Menschenverstandes als schlicht gegeben vorfindet. Mit ‚schlicht gegeben‘ bezeichnen wir alles, was wir als fraglos erleben, jeden Sachverhalt, der uns bis auf weiteres unproblematisch ist.“ (Schütz & Luckmann 2017: 9)

Aufgrund der Tatsache, dass man in die Lebenswelt hineingeboren wurde und sie zu diesem Zeitpunkt bereits bestand, wird sie als gegeben angenommen. Somit ist die Lebenswelt „*der unbefragte Boden aller Gegebenheiten sowie der fraglose Rahmen, in dem sich mir die Probleme stellen, die ich bewältigen muß [sic].*“ (ebd: 30) Die Werte der eigenen Lebenswelt und die Aspekte des Verhaltens sind dadurch, dass sie erlernt wurden gesellschaftlich gesteuert und beeinflusst (Bobek & Werlen 2018).

In diesem Zusammenhang ist das Konzept der *Seinsgewissheit* zu nennen. Dieses wurde zunächst von Schütz (1971) geprägt und in weiterer Folge von Giddens (1995). Die Seinsgewissheit beschreibt „*die Gewissheit, dass die Dinge so sind, wie sie einem erscheinen*“ (Werlen 2007: 162). Dies äußert sich in der Hinnahme des alltäglichen, sozialen Lebens. Dieses Hinnehmen ist durch den vorhandenen Wissensvorrat unhinterfragt und angenommen. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass die anderen Individuen die Welt in gleicher Art und Weise wahrnehmen. Durch die stets wiederkehrende Routine wird die Seinsgewissheit aufrechterhalten. Giddens (1995) bezieht sich schließlich auf die Seinsgewissheit als praktisches Bewusstsein, das die Grundlage von Routinen darstellt. Durch die Routine wird das praktische Bewusstsein stets bestätigt, sodass weder die Praktiken noch deren Deutungen angezweifelt werden. (Werlen 2007)

Diese alltägliche, selbstverständliche Lebenswelt wird in Migrationskontexten oftmals in das Zielland mitgebracht und dort unhinterfragt weiterhin vertreten. Dabei wird zumeist auf Erfahrungen zurückgegriffen und nach diesem Vorrat an Wissen gehandelt. Es kann jedoch auch zur Reflexion über die Seinsgewissheit führen, denn die eigene Kultur wird einer Person erst bewusst, wenn diese auf eine andere Kultur trifft, die wiederum eine neuartige Erfahrung darstellt, welche möglicherweise von der eigenen radikal abweicht. (Schütz & Luckmann 2017)

3.2.3 Cultural Moments

Da nun die kulturelle beziehungsweise mentale Programmierung und die alltägliche Lebenswelt von Menschen erläutert wurde, soll im nächsten Schritt auf die mögliche Reflexion der eigenen Lebenswelt und die Faktoren, die dazu beitragen können, näher eingegangen werden. Obwohl sich die mentale Programmierung und die Lebenswelt geographisch nicht verorten lassen, – da diese auch während oder nach der Migration bestehen bleiben können – lässt sich dennoch darauf verweisen, dass die beiden in dem jeweiligen Umfeld, in dem die Sozialisation stattfindet, verortet werden könnten. (ebd.)

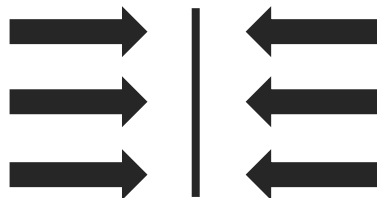
Infolgedessen wird nun darauf eingegangen, wie durch kulturelle Momente die eigene Reflexion im Herkunftsland oder im Einwanderungsland beeinflusst werden kann. Siles-González et al. (2018) beschreiben drei kulturelle Momente: Multikulturelles Moment (1), Interkulturelles Moment (2), Transkulturelles Moment (3). Sie analysieren die Auswirkungen jedes einzelnen Moments bei der Aufrechterhaltung, Infragestellung oder Ablehnung traditioneller Riten und Praktiken wie im Fall von FGM/C. Die kulturellen Momente, in denen sich Frauen befinden, führen zu unterschiedlichen Interpretationsarten und Einstellungen von FGM/C. Sie verweisen auf verschiedene Abschnitte innerhalb des Situationsprozesses, bei der verschiedene Interpretationen von FGM/C auftreten und die von dem Grad der sozialen Interaktion und Kommunikation von Migrant*innen mit der Mehrheitsgesellschaft zusammenhängen. (Siles-González et al. 2018; Siles González et al. 2001) Um diese kulturellen Momente in einen Kontext zu setzen, werden sie in Zusammenhang mit den Kulturkonzepten *Multikulturalität*, *Interkulturalität* und *Transkulturalität* angeführt.

Multikulturalität und multikulturelles Moment

Multikulturalität beschreibt das Neben- oder Miteinander einer Vielzahl an unterschiedlichen Kulturen, Nationalitäten, Sprachen, Religionen und Herkunftsorten in einem geographischen Raum. Das Präfix Multi lässt dies bereits vermuten, dass mit viel, mehrere gleichgesetzt werden kann. Das Bild der Kultur eines Landes kann als Mosaik, bestehend aus vielen einzelnen Kulturen, gesehen werden. In einer extremen Form handelt es sich um eine ungleich entwickelte Gesellschaft, bei der homogenen Kulturen nebeneinander bestehen. (Broszinsky-Schwabe 2011; Welsch 1994; Yousefi & Braun 2011, 2016)

Das multikulturelle Moment bezieht sich auf jene Phase, in der eine Barriere zwischen der Lebensweise, Erwartungen und der eigenen Kultur existiert (Siles-González et al. 2018). In dieser Phase ist eine Akkulturation, die die Praxis der FGM/C in Frage stellt, nahezu unmöglich, da der Glaube und die Identität der Frauen mit FGM/C verbunden sind. Dies trifft im Migrationskontext beispielsweise auf folgende Situationen zu: Frauen, die erst seit Kurzem in einem westlichen Land leben und die ihren ursprünglichen Bezugskreis noch nicht verlassen haben oder jene Frauen, die zwar bereits länger in einem Wohlfahrtsland leben, aber immer noch durch den Einfluss ihres ursprünglichen Kreises eingeschränkt sind. (ebd. 2020)

Es ist daher nicht möglich neue Werte oder kritische Sichtweisen zu erlangen, die FGM/C möglicherweise unter einem anderen Aspekt beleuchten, da kultureller Druck besteht und die Praxis oftmals unhinterfragt bleibt. Zusammengefasst wird deutlich, dass meist bis zum Zeitpunkt der Emigration nahezu keine Möglichkeit besteht, die eigene Sozialisierung und Traditionen in Frage zu stellen oder mit anderen zu vergleichen. (ebd. 2018)



*Abbildung 3: Multikulturalität, DG:
Siles González et al. 2001, S.84;
eigene Darstellung*

Interkulturalität und interkulturelles Moment

Die Interkulturalität (Inter = zwischen) hingegen umfasst das Aufeinandertreffen und den Kontakt von zwei oder mehreren Kulturen, wobei sich diese trotz kultureller Unterschiede gegenseitig beeinflussen können. Es wird versucht kulturelle Differenzen zwischen den anderen homogenen Gesellschaften auszumachen, was die Abgrenzung und Abgrenzbarkeit von Kulturen voraussetzt. (Welsch 1994; Yousefi & Braun 2011)

Im interkulturellen Moment kommt es zur Kommunikation und Austausch zwischen verschiedenen Kulturen. In dieser Phase fördert die Kommunikation und soziale Interaktion zwischen der zugewanderten und der einheimischen Gemeinschaft neue Ideen, Werte, Geschlechterrollen, was eine Identitätsveränderung bewirken kann. Das Hinterfragen oder Ablehnen der Praxis kann das Resultat sein. Dieser Moment kann sowohl im Herkunftsland, aber auch erst durch die Migration zustande kommen, bei der die eigene Sozialisation in Frage gestellt wird. (Siles-González et al. 2018)

Als Beispiel für die Reflexion im Herkunftsland ist die Aufklärung im Schulunterricht über die weibliche Anatomie zu nennen, bei der eine Befragte in der Studie von Siles-González et al. (2020) mit 12 Jahren diesen Moment erfuhr und die Praxis in Frage stellte. Zurückzuführen ist dies indirekt auf Migration: Die Lehrperson studierte in Russland und hatte Migrationserfahrung. Sie erhielt durch die Migration Informationen über FGM/C, was wiederum zur Aufklärung in ihrem Herkunftsland führte.

In interkulturellen Phasen stellen sich Frauen zum ersten Mal Fragen zur Normalität, tun jedoch in der Regel nichts, um ihre Situation zu ändern, da diese von Ungewissheit und Verunsicherung geprägt ist (Abbildung 4)(ebd.).

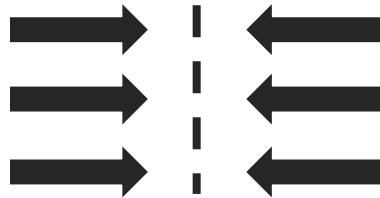


Abbildung 4: Interkulturalität; DG: Siles González et al. 2001, S.84; eigene Darstellung

Transkulturalität & transkulturelles Moment

Während die Multikulturalität den Blick auf Verhältnisse innerhalb von Gesellschaften, richtet, legt die Interkulturalität den Fokus auf Verhältnisse zwischen Gesellschaften. Dabei äußert Welsch (1997, 2009) die Kritik, dass die Multikulturalität und die Interkulturalität von abgegrenzten Entitäten ausgehen, die nebeneinander existieren. Welsch (1997) führte daher in den 1990er-Jahren das Konzept der *Transkulturalität* ein. Dieses beschreibt eine Gesellschaft, an der alle teilhaben und in der sich Kulturen innerhalb einer Gemeinschaft vermischen, sodass heterogene und hybride Kulturen entstehen. Beim Aufeinandertreffen verschiedener Kulturen kann es gemäß Bhabha (2000) zu der Entstehung eines neuen, hybriden Dritten Raumes (*Third Space*) kommen, indem ein Austauschprozess zwischen Fremdem und Eigenem stattfindet, der kulturelle Differenzen, Inhalte, Bedeutungen und Wissen hervorbringt. Dadurch, dass sich die Kulturen beeinflussen, vermischen oder überlagern kann es zu hybriden kulturellen Identitäten kommen. (ebd.)

Durch die Globalisierung, sowie Migrationsprozesse kommt es zur Auflösung kultureller Grenzen – zwischen Eigenem und Fremden – , sowie zur Aufhebung homogener Vorstellungen, sodass von einer Globalkultur ausgegangen wird. Das Präfix *Trans* bedeutet durch, über, hinüber, jenseits und verweist auf das globale Geflecht verschiedener Kulturen zu einer Einheit, die sich zwar gegenseitig durchdringen und vernetzen, die fremdkulturellen Elemente jedoch berücksichtigen. Ein Individuum erscheint transkulturell, im Falle einer Kombination von eigenen und fremden Elementen verschiedener Herkunft. Es ist zu betonen, dass Individuen in sich transkulturell sind, da

sie verschiedene kulturelle Elemente in sich tragen, sowie von mehreren kulturellen Mustern geprägt sind. (Welsch 1994, 2009; Yousefi & Braun 2011, 2016)

Beim transkulturellen Moment fördert die Ortsveränderung die eigene kulturelle Veränderung. Es findet eine kulturelle Sozialisation statt, die sich auf die Infragestellung erlernter Überzeugungen auswirkt. Dieser Prozess ist auf den Effekt der sozialen Interaktion und Kommunikation zwischen Einwander*innen und einheimischen Gemeinschaften zurückzuführen. Dabei können Migrant*innen in Vereine integriert und von Institutionen unterstützt werden, was den Identitätswechsel von Frauen im Rahmen einer demokratischen Gesellschaft erleichtert. Das kritische Denken – eine Säule dieser Transformation – spielt dabei eine wichtige Rolle, da dieses nicht nur die theoretischen Überzeugungen, sondern auch die Praxis verändern kann. Oftmals engagieren sich Frauen in dieser Phase aktiv gegen FGM/C. Dieser Moment kann eintreten, wenn genug Vertrauen in die einheimische Gesellschaft vorhanden ist, um über die Tradition zu sprechen, die Bedeutungsunterschiede zu kontrastieren und mögliche ablehnende Einstellungen bestenfalls im Heimatland zu verbreiten. (Siles-González et al. 2018)

Studien, wie jene von Gele, Johansen, et al. (2012); Isman et al. (2013); Mcneely & De Jong (2016) und Villani & Bodenmann (2017) bestätigen diese Veränderungen in der Denk- und Handlungsweise in Bezug auf die Tradition nach den Akkulturationsprozessen von Einwander*innen, die lange Zeit unter dem Einfluss anderer Kulturen standen. Dabei handelt es sich um eine transkulturelle Anpassung an neue (demokratische) Werte, Rechte und Pflichten von Männern und Frauen (Siles-González et al. 2018).

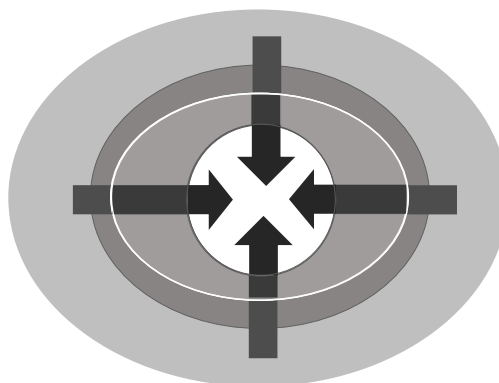


Abbildung 5: Transkulturalität, DG: Siles González et al. 2001, S.84; eigene Darstellung

Die Studie von Siles-González et al. (2020) zeigt, dass jene Frauen, die sich im multikulturellen Moment befanden, FGM/C als eine vorteilhafte Tradition und als Notwendigkeit ansahen, um eine Frau und ein Mitglied in der Gemeinschaft zu werden. Sie teilten die Meinung, dass FGM/C einen positiven Einfluss auf Hygiene, Gesundheit, Sex und Schwangerschaft hat. Dabei handelt es sich meist um Frauen in den Herkunftsländern, die stärker an der Tradition festhalten, da es dort schwieriger ist, das multikulturelle Moment zu verlassen.

Im Gegensatz dazu führt Migration und inter- und transkultureller Kontakt – wobei die Kommunikation als Werkzeug zur Veränderung der Praxis verstanden wird – zu Reflexion, Emanzipation und Neuorientierung. Keine der Frauen, die im transkulturellen Moment angekommen ist, glaubte weiterhin, dass FGM/C gesundheitliche Vorteile hat. Frauen sehen FGM/C in Zusammenhang mit der sozialen Konstruktion von Geschlecht und der diskriminierenden Darstellung des Körpers. Frauen, die im transkulturellen Moment leben, sind sich der physischen und psychischen Gewalt bewusst geworden, die FGM/C impliziert, die durch symbolische Macht ausgeübt und durch patriarchale, politische Systeme legitimiert wird. (ebd.)

Die transkulturellen Erfahrungen können zu einer Sensibilisierung gegenüber der Praxis führen, wobei es zu einer Änderung der Einstellung zwischen den Generationen kommen kann. Dabei haben jene Frauen, die Besuche in das Herkunftsland unternehmen und jene, die dauerhaft ausgewandert sind, den größten Einfluss. Die generationsübergreifenden Unterschiede zwischen Frauen, treten auf, wenn sie von transkulturellen Momenten begleitet werden. Das kritische Denken und die ablehnende Haltung resultieren jedoch oftmals in Ausgrenzung seitens der eigenen Community. (ebd.) Dies zeigt die Studie von Siles-González et al. (2020), bei der alle sieben Frauen, die sich in der transkulturellen Phase befinden, von ihrer Gemeinschaft und Familie im Heimatland aufgrund ihrer negativen Einstellung gegenüber FGM/C als Verräterinnen betrachtet werden.

Das wesentliche Instrument zur Bekämpfung der Genitalbeschneidung von Frauen ist das kritische Denken im Kontext der Transkulturalität. Die Akkulturation, die auftritt, wenn Frauen mit anderen Kulturen in Kontakt kommen, ist eine der bedeutendsten Grundlagen für die Infragestellung der weiblichen Genitalbeschneidung und beeinflusst die Entwicklung des kritischen Denkens. (ebd.) Hier lässt sich auf einen Aspekt des Konventionsansatzes von Mackie (1996) anschließen.

3.2.4 Soziale Konventionstheorie

Die soziale Konventionstheorie stellt ein spieltheoretisches Modell dar, bei dem die Handlungen von Individuen voneinander abhängig sind und die Verbindung verschiedener Akteur*innen für eine koordinierte Veränderung der Praxis erforderlich ist (Mackie 1996, 2000).

Soziale Konventionen orientieren sich an sozialen Regeln, die von Individuen und der Gemeinschaft eingehalten werden. Individuen folgen sozialen Regeln und verfolgen dabei ihr eigenes Interesse mit der Erwartung, dass die anderen diese Regeln ebenfalls befolgen. Es bestehen somit gegenseitige Erwartungen gegenüber dem Handeln aller. Als banale Beispiele können das links fahren in London und das Französischsprechen in Paris genannt werden. (Mackie & Lejeune 2009)

Mackie (2000) verweist darauf, dass sich FGM/C als Konvention festgeschrieben hat, sobald Frauen glaubten, dass Männer keine unbeschnittenen Frauen heiraten würden und Männer im Glauben waren, dass eine unbeschnittene Frau untreu in der Ehe sein würde. Die Tatsache, dass FGM/C mit guten Heiratschancen verbunden wurde und der Glaube existent war, dass nur beschnittene Mädchen heiratsfähig sind, verweist darauf, dass FGM/C zu einer sich selbst verstärkenden (Ehe-)Konvention innerhalb praktizierender Gemeinschaften geworden ist. Dabei stabilisiert sie sich selbst, da beispielsweise gesundheitliche Auswirkungen, wie verlängertes Urinieren als normal angesehen werden, weil im sozialen Umfeld viele bis alle Frauen davon betroffen sind. (Danelzik 2016; Mackie 2000; Shell-Duncan et al. 2011)

FGM/C ist im Gegensatz zu optisch sichtbaren Riten eher unsichtbar und weniger öffentlich. Daher muss es offen thematisiert und diskutiert werden, um abweichende Haltungen identifizieren zu können, mit dem Ziel, dass die Mehrheit der Familien in den jeweiligen Gemeinden von den anderen Familien erwartet ihre Töchter nicht zu beschneiden. Als Schlüsselfaktor wird der Glaube angesehen, dass alle anderen die Tradition aufgegeben haben und sie nicht mehr notwendig ist. Denn die weibliche Genitalbeschneidung ist als Strategie zu verstehen, wodurch die Beschneidung der eigenen Töchter die Zukunftsaussichten der Familie verbessern soll. Dies gründet auf der Annahme, dass Eltern auf der ganzen Welt ihre Kinder lieben und das tun wollen, was für sie am besten ist. Der Konventionsansatz geht davon aus, dass Menschen, sobald die Anreize für die Durchführung von FGM/C minimiert sind, die Praxis aufgeben oder sich

möglicherweise gegensätzliche Anreize herausbilden, die für das Unbeschnitten-Sein sprechen. (Danelzik 2016; Mackie & Lejeune 2009)

Der Stabilisierung von Praktiken, die durch gesellschaftliche Anreize, Vorstellungen über die Normalität und die mangelnde oder nicht vorhandene Kommunikation erfolgt, soll durch eine kritische, anfängliche Masse entgegengewirkt werden, die sich offen gegen die Beschneidung ausspricht, und den Grundbaustein darstellt, bis eine ausreichend große Masse, die als Kipppunkt (*Tipping point*) bezeichnet wird, bereit ist, die Praxis aufzugeben. (ebd.) Gemäß Mackie (1996) wird die Praxis eher abgelehnt, je mehr Menschen sich dagegen aussprechen. Dies wird von der Diffusionstheorie unterstützt, die besagt, dass neue Verhaltensweisen nicht von allen Menschen auf einmal angenommen werden, sondern oft von einer Gruppe von Innovator*innen begonnen wird. Die Diffusion erfolgt darauf aufbauend bis schließlich eine kritische Masse erreicht wird. (Rogers 1983)

Mackies Konventionsansatz ist in diesem Zusammenhang interessant, um herauszufinden inwiefern Diaspora-Mitglieder, beziehungsweise Personen in der Diaspora, die Praxis ablehnen oder inwieweit sie Einfluss auf die Gesellschaft im Herkunftsland haben und die Ausübung oder Wahrnehmung der Praxis in den Herkunftsländern beeinflussen (Mackie & Lejeune 2009). Die Einstellung gegenüber FGM/C, die zu einer kritischen Masse führen kann, sowie die Zukunftsaussichten der eigenen Töchter, können sich im Rahmen der Migration oder der Akkulturation ändern. Im nachfolgenden Kapitel soll dies unter dem Blickwinkel der Akkulturation und insbesondere der Integration betrachtet werden.

3.2.5 Akkulturation und Integration

In Studien wie jener von Gele, Johansen, et al. (2012), Isman et al. (2013), Mcneely & De Jong (2016), Shahawy et al. (2019), Villani & Bodenmann (2017) und Wahlberg, Johnsdotter, et al. (2019) wird die Einstellung von Menschen mit Migrationserfahrung aus praktizierenden Ländern untersucht, wobei sich durch den Akkulturationsprozess eine Verhaltensänderung gegen diese Praxis bemerkbar macht.

Im Rahmen der Post-Migration und der möglichen Einstellungsänderung soll das Akkulturationsmodell von Berry (1997)(Abbildung 6) erläutert werden. Akkulturation findet auf zwei Ebenen statt: auf der gruppenspezifischen und der individuellen Ebene. Auf diesen sind die Ansichten, Erfahrungen und Meinungen möglicherweise nicht in gleichem Maße vertreten. (Vissandjée et al. 2003) Abhängig von dem Wunsch, die Herkunftskultur aufrechtzuerhalten und/oder dem Kontakt zur Mehrheitsgesellschaft

lassen sich zwei Fragestellungen ableiten: Wird es als wertvoll erachtet, die kulturelle Identität und die Herkunftskultur aufrecht zu erhalten? (*Cultural Maintenance*) (1) oder wird es als wertvoll erachtet, sich in andere kulturelle Gruppen einzubringen und den Kontakt herzustellen? (*Contact and Participation*) (2). (Berry 1997)

Auf Basis der beiden Fragen kann zwischen 4 Akkulturationsstrategien unterschieden werden: „Integration“, „Assimilation“, „Separation“ und „Marginalisierung“. Im Gegensatz zur Assimilation, bei der eine einseitige Übernahme der Kultur der Mehrheitsgesellschaft im Vordergrund steht, bei der die eigene zugunsten der Anpassung aufgegeben wird, stellt die Separation die Aufrechterhaltung der eigenen Herkunftskultur dar, bei der Kontakt zur Mehrheitsgesellschaft vermieden wird. (ebd.) Die Assimilation kann auch unter dem Blickwinkel der Homogenisierung von Nationen und Unterdrückung von Minderheiten gesehen werden. Dies ist kritisch zu betrachten, da keine Gesellschaft homogen ist und Immigrant*innen die Kultur eines Landes gleichermaßen prägen, wie diejenigen die der Mehrheitsgesellschaft angehören. (Heckmann 2015)

Die Integration umfasst gemäß Berry (1997) sowohl die Erhaltung der Herkunftskultur, als auch den Kontakt zur Mehrheitsbevölkerung, wodurch Aspekte der Aufnahmegesellschaft übernommen oder erlernt werden können und gleichzeitig eigene erhalten werden. Die letzte Akkulturationsstrategie – die Marginalisation – bezieht sich auf den Verlust der eigenen Herkunftskultur und der Ablehnung der Aufnahmegesellschaft und deren Kultur, was zur Isolation führen kann. Dies geht oftmals mit Identitätsverlust oder Akkulturationsstress, sowie Gefühlen von Entfremdung oder Angst einher. (ebd.)

		Herstellung von Kontakt / Beziehungen zur Mehrheitsgesellschaft	
		JA	NEIN
Beibehaltung der eigenen kulturellen Identität / Herkunftskultur	JA	Integration	Assimilation
	NEIN	Segregation	Marginalisierung

Abbildung 6: Das Akkulturationsmodell nach Berry 1997, S.10; eigene Darstellung

Integration

Die Integration – als Teil der Akkulturation – wird hervorgehoben, da diese Faktoren beinhaltet, die mit der Einstellungsänderung zusammenhängen.

„Integration als Ergebnis von Integrationsprozessen oder gesellschaftlicher Zustand soll heißen, dass die zugewanderten Menschen und/oder ihre Nachkommen die volle gesellschaftliche Mitgliedschaft⁶ erworben haben und dass ihre Herkunft für die Strukturierung sozialer Beziehungen und für den Erwerb und die Zuweisung gesellschaftlicher Positionen irrelevant geworden ist. Soziale Differenzierung erfolgt nicht nach ethnischen oder migrantischen Herkunftskriterien; sofern Ethnizität noch eine Rolle spielt, ist sie auf ‚symbolische Ethnizität‘ reduziert, als Erinnerung, aber nicht als strukturierendes Statusmerkmal.“ (Heckmann 2015: 78)

Im Falle der Integration unterscheidet Esser (2000) zwischen System- und Sozialintegration. Erstere bezieht sich auf die Beziehungsart zwischen Teilsystem und den Akteur*innen in sozialen Systemen wie Rechtssystem oder Wirtschaftssystem. Letztere bezieht sich hingegen auf die Individuen an sich und deren Integration in bestehende soziale Systeme. Während die Systemintegration die Systeme als Ganzes sieht, bezieht sich die soziale Integration auf die individuelle Ebene, auf das Ausmaß und den Grad der sozialen Einbettung. Diese Sozialintegration kann gemäß Esser (2000) in vier Varianten unterschieden werden: „Kulturation“, „Platzierung“, „Interaktion“ und „Identifikation“. Heckmann (2015) teilt diese Arten in vier Dimensionen der gesellschaftlichen Eingliederung ein, nämlich in die „strukturelle Integration“, „kulturelle Integration“, „soziale Integration“ und „identifikative Integration“.

Die *Platzierung oder strukturelle Integration* beinhaltet die soziale Integration über die Platzierung in der Gesellschaft in Bezug auf Bildung, Beschäftigung und Kontrollrechte. Damit kann Humankapital, ökonomisches, sowie institutionelles Kapital erworben werden. Diese Positionierung erfolgt über Kerninstitutionen wie Bildungs- und Ausbildungsstätten, Wirtschaft- und Arbeitsmarkt, die sozialen Sicherungssysteme, den Wohnungsmarkt, sowie die Politik. (Esser 2000; Heckmann 2015)

Die *kulturelle Integration* beziehungsweise *Kulturation* umfasst die Aneignung von Kenntnissen, Wissen, Kompetenzen, Humankapital und kulturellem Kapital, das für das Handeln in der Gesellschaft eine Notwendigkeit darstellt. Die soziale Integration über die Kulturation beinhaltet Normen, Einstellungen, Werte, kommunikative und kulturelle Aspekte, wie Sprachkenntnisse. Diese Dimension der Integration kann zu kognitiven,

⁶ Dabei ist die Integration in die Teilsysteme zu verstehen, nicht in die Gesellschaft (Heckmann 2015: 78).

kulturellen, verhaltens- und einstellungsbezogenen Veränderungen seitens der Migrant*innen führen. Obwohl sich die kulturelle Integration vorrangig auf Gemeinschaften von Migrant*innen bezieht, ist es notwendig, dass die Aufnahmegesellschaft ebenfalls offen für kulturelle Veränderungen und Anpassungen ist. (ebd.)

Bei der *sozialen Integration* werden durch die Herstellung von sozialen Beziehungen und Interaktionen persönliche Netzwerke geschaffen, neue Zugehörigkeiten identifiziert und Freundschaften, Bekanntschaften, Vereinsmitgliedschaften oder interethnische Ehe geschlossen, wodurch soziales und kulturelles Kapital gebildet wird. (ebd.)

Die *emotionale Identifikation* eines Individuums mit dem sozialen System umfasst die Übernahme von Werten und Solidarität gegenüber der Aufnahmegesellschaft. Durch die Identifikation versteht sich das Individuum als Teil des Kollektivs und verspürt ein Wir-Gefühl. Dies kann zu veränderten Zugehörigkeitsgefühlen und Identifizierungsbereitschaften seitens der Migrant*innen gegenüber ethnischen, lokalen, regionalen und nationalen Kollektivstrukturen führen. (ebd.)

3.2.6 Transtheoretisches Modell

Kommt es zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung, kann dies durch das Transtheoretische Modell erklärt werden. Um die Prozesse der Verhaltensänderung besser zu verstehen, kommt das Transtheoretische Modell (TTM) und dessen Adaption zum Einsatz, die einerseits die individuellen, andererseits die gemeinschaftlichen Verhaltensänderungen erklären.

Das Stufenmodell der Verhaltensänderung (*Stages of Change*) ist auch als Transtheoretisches Modell bekannt und wurde von Prochaska & DiClemente (1983) entwickelt, um Veränderungen von gesundheitlichem Risikoverhalten zu erklären. Der Fokus lag zunächst auf dem Bereich der Rauchentwöhnung, die auch in den empirischen Studien mit TTM vorrangig Einzug findet. (Keller 2004; Shell-Duncan & Hernlund 2006)

Das TTM umfasst 5 Stufen der Verhaltensänderung: Absichtslosigkeit (1), Absichtsbildung (2), Vorbereitung (3), Handlung (4), Aufrechterhaltung (5). Oftmals wird eine sechste Stufe, Beendigung (6) angeführt. Die einzelnen Stufen und dazugehörigen Erläuterung sind aus Abbildung 7 ersichtlich.

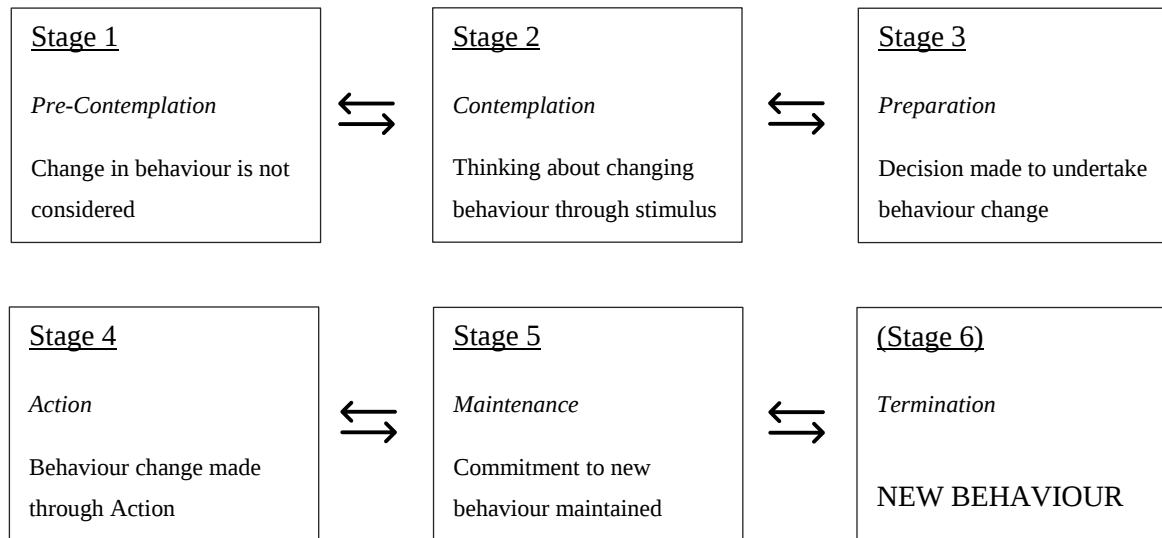


Abbildung 7: Stufenmodell der Verhaltensänderung; DG: Izett & Toubia 1999 zit. in: Toubia & Sharief 2003, S. 258, J. Prochaska et al. 1992, adaptiert; eigene Darstellung

Im Stadium der Absichtslosigkeit (Stadium 1) besteht keine Absicht, das Verhalten zu ändern beziehungsweise ein neues Verhalten anzunehmen. Viele Menschen in dieser Phase sind sich ihres Verhaltens und dessen Konsequenzen nicht oder nur unzureichend bewusst. Menschen, die sich im Stadium der Absichtslosigkeit befinden, neigen dazu, nicht über ihr Verhalten zu sprechen oder darüber nachzudenken. Sie könnten auch als widerstandsfähig oder unmotiviert beschrieben werden. (J. Prochaska et al. 1992; J. O. Prochaska & Velicer 1997)

Im Rahmen der Absichtsbildung (Stadium 2) werden sich Menschen über das Problem bewusst und denken darüber nach, es zu überwinden und etwas zu ändern. Dies geschieht oft durch das Abwägen der Vor- und Nachteile des Problems. Die Kosten-Nutzen-Abwägung von Veränderungen kann zu einer tiefgreifenden Ambivalenz führen, die die Menschen über einen langen Zeitraum in dieser Phase festhält. Dies basiert darauf, dass keinerlei Pflichtgefühl besteht, aktiv Maßnahmen zu ergreifen. (ebd.)

In der Vorbereitungsphase entscheidet sich das Individuum für eine Veränderung und plant konkrete Maßnahmen, um das Verhalten zu ändern. Dabei kommt es zu der Umsetzung erster Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung. (ebd.)

Im vierten Stadium – der Handlung – werden konkrete Veränderungsschritte verfolgt. Dabei ändern Individuen ihr Verhalten oder ihre Umgebung, um ihre Probleme zu

überwinden. Handeln beinhaltet die offenkundigste Verhaltensänderung und erfordert einen erheblichen Zeit- und Energieaufwand. (ebd.)

Das letzte Stadium, die Aufrechterhaltung, beinhaltet das neu erlernte Verhalten als Gewohnheit, womit das alte Verhalten endgültig aufgegeben wurde. Die Menschen arbeiten daran, einen Rückfall zu verhindern. Dies erfolgt über eine Zeitspanne von über 6 Monaten. (ebd.) Das Stadium der *Beendigung* zeigt, dass das alte Verhalten dauerhaft aufgegeben wurde und das neue Verhalten verinnerlicht und dauerhaft aufrechterhalten wird. (J. O. Prochaska & Velicer 1997)

Wenngleich die Stufen der Verhaltensänderung eine gewisse Linearität implizieren, wurde diese widerlegt, da es sich vielmehr um ein Kontinuum beziehungsweise eine Spirale handelt (J. Prochaska et al. 1992; Shell-Duncan & Hernlund 2006). Menschen, die ihre Meinung geändert haben, müssen sich nicht linear von einem Stadium zum nächsten bewegt haben. Es ist möglich, dass Menschen, die sich entschieden haben, die Praxis aufzugeben, später ihre Meinung überdenken und ambivalent gegenüber dieser Entscheidung werden. Dies wäre beispielsweise bei Frauen, die FGM/C zunächst nicht praktizierten, sich jedoch nach der Heirat oder der Geburt mehrerer Kinder einer Beschneidung unterziehen, der Fall. Dies ist unter anderem auf interethnische Eheschließungen zwischen praktizierenden und nicht praktizierenden Familien zurückzuführen. Die Tatsache, dass unbeschnittene Mütter nicht an der Initiation der eigenen Töchter teilnehmen dürfen veranlasst Frauen sich im Erwachsenenalter einer Beschneidung zu unterziehen. In polygamen Beziehungen arrangieren oft die Ehefrauen und/oder weibliche Verwandte des Ehemannes die Beschneidung der neuen, unbeschnittenen Frau, die ansonsten beschimpft werden würde. (Shell-Duncan & Hernlund 2006) Demgegenüber müssen sich Frauen, die die Praxis ablehnen und in nicht praktizierende Familien einheiraten, vermutlich nicht mit der Beschneidung ihrer Töchter befassen (Hernlund & Shell-Duncan 2007).

Adaption des TTM

Das TTM bezieht sich in seiner ursprünglichen Form auf die Verhaltensweisen von Menschen, basierend auf individuellen Entscheidungen. Dabei werden Verhaltensweisen, die wie FGM/C auf kollektiven Entscheidungen gründen, nicht berücksichtigt. Daher modifizierten Shell-Duncan & Hernlund (2006) das TTM, um es an die Tatsache anzupassen, dass die Entscheidung über die Abschaffung beziehungsweise Durchführung

der Praxis hauptsächlich bei einer Gruppe von Entscheidungsträger*innen liegt und nicht primär bei einzelnen Individuen.

Die Adaption der Stufen spiegelt die Meinung eines Individuums gegenüber der Gruppenentscheidung zusätzlich zu seinem eigenen Verhalten und seinen Absichten wider. Gemäß des modifizierten Modells geben praktizierende Menschen die Praxis auf, wenn sie eine Motivation erhalten, die Praxis zu beenden, sowie die Fähigkeit zur Realisierung ihrer Entscheidung besitzen. (ebd.)

Es gibt fünf Dimensionen der Entscheidungsfindung beziehungsweise der Bereitschaft zur Veränderung: Das Stadium der *Absichtslosigkeit (Non-contemplation)* umfasst Befürworter*innen (*willing practitioner*), die die Fortsetzung von FGM/C unterstützen und weiterhin befürworten. Dabei wird, im Gegensatz zu dem traditionellen Modell, nicht davon ausgegangen, dass jene, die sich in diesem Stadium befinden notwendigerweise das zweite Stadium erreichen (wollen). In Bezug auf die Bewusstseinsbildung lässt sich sagen, dass sowohl Menschen in städtischen als auch in ländlichen Gebieten Kampagnen zur Abschaffung von FGM/C kennen. Daraus lässt sich schließen, dass jene die FGM/C befürworten entweder keine Kenntnis über die Praxis und deren Folgen besitzen, oder aber sie lehnen die Argumente, die gegen die Ausübung dieses Rituals genannt werden ab und sind nicht von der Abschaffung der Praxis überzeugt. Die ablehnenden Reaktionen auf FGM/C-Kampagnen reichen von direkter Ablehnung der Argumente bis hin zu Vorwürfen, die Kultur oder Religion anzugreifen. (ebd.)

Kommt es dennoch zur *Absichtsbildung (contemplation)* werden Aspekte der Praxis, wie die Hygiene während der Durchführung, von Individuen in Frage gestellt und es können sich *ambivalente Sichtweisen* ergeben, wobei der Wunsch der Abschaffung entstehen kann. Diese Kategorie umfasst Menschen, die beginnen, die Praxis zu hinterfragen und in Erwägung ziehen, FGM/C auszugeben. (ebd.)

Die Kategorie der *widerstrebenden Praktizierenden (reluctant practitioner)* weicht von dem traditionellen TTM ab. Sie spiegelt die Tatsache wider, dass die Entscheidung FGM/C zu praktizieren oftmals nicht von der Einstellung eines Einzelnen abhängt, denn diese kann gegenüber der Meinung anderer Entscheidungsträger*innen nachrangig sein beziehungsweise keinen Einfluss haben. Es gibt daher Menschen, die die Praxis ablehnen, aber aufgrund von Faktoren wie dem sozialen oder familiären Druck zögern, diese gänzlich abzuschaffen. Diese Kategorie umfasst Menschen, die für die Abschaffung der Praxis

stehen, diese aber trotzdem fortsetzen (müssen), da andernfalls die sozialen oder ökonomischen Nachteile möglicherweise zu groß wären. (ebd.)

Demgegenüber stehen die *bereitwilligen Gegner*innen* (*willing abandoner*) von FGM/C, die motiviert sind, die Praxis zu beenden und die in der Lage sind, dies in die Tat umzusetzen, beispielsweise, wenn die gesamte Gemeinschaft die Praxis aufgibt. (ebd.)

Die letzte Kategorie umfasst *widerwillige Gegner*innen* (*reluctant abandoner*) von FGM/C. Dazu zählen Menschen, die FGM/C aufgeben, auch wenn sie persönlich die Fortführung der Praxis befürworten. Der soziale Druck oder Entscheidungsträger*innen wie der Staat können Menschen dazu bewegen, die Praxis – wenn auch widerwillig – aufzugeben, da sie beispielsweise die Angst vor Strafverfolgung aufgrund eines Gesetzesverstosses fürchten. (ebd.)

Die Anwendung des TTM auf FGM/C wurde bisher kaum umgesetzt, da unter anderem in Frage gestellt wurde, ob die Untersuchung der Verhaltensänderung bei FGM/C auf individueller Ebene sinnvoll ist, da die Entscheidungsmacht oftmals nicht bei den Einzelnen liegt. Gemäß Shell-Duncan & Hernlund (2006) birgt die Modifikation des Modells das Potential, um die Positionen der Individuen zu beschreiben, die letztlich die Entscheidungsgruppe bilden können.

3.3 Exkurs I: Kosmetische Chirurgie

Veränderungen von gesunden Genitalen können entweder unter einem kosmetischen oder einem stigmatisierenden Aspekt gesehen werden. In ihrem Buch „Der Beschneidungsskandal“ stellt Lightfoot-Klein (2003) westliche Veränderungspraktiken an Geschlechtsorganen der weiblichen Genitalbeschneidung gegenüber. (ebd.)

Die weibliche Genitalbeschneidung in Wohlfahrtsstaaten wird verpönt, verurteilt und als eine Form der Unterdrückung angesehen. Gerne wird dabei vergessen, dass die weibliche Genitalbeschneidung bis zum 19. Jahrhundert auch in Europa und den USA praktiziert wurde. Heutzutage erfährt die kosmetische Genitalchirurgie hingegen in Europa wachsende Zustimmung und das Interesse an Schamlippenverkleinerungen und anderen plastischen Operationen, wie der Trend der Designer-Vaginas, die eine Verjüngung des Intimbereichs anstrebt, steigt. (Asefaw 2008; Borkenhagen et al. 2009; Hulverscheidt 2002)

Mediziner*innen bezeichnen diese Vorgänge bereits als *genitale Verstümmelungen*, die medizinisch gesehen nicht notwendig sind, oft ein Risiko bergen und einem femininen Schönheitsideal dienen (Asefaw 2008; Walter 2012). Lightfoot-Klein (2003) führt an, dass *westliche* Länder immer noch Klitoridektomien durchführen. Beispielsweise werden in den USA Genitalien bei intersexuellen Säuglingen aufgrund ihrer Normabweichung verändert. Diese Eingriffe werden zur Rekonstruktiven Chirurgie gezählt und scheinen somit nicht in den internationalen Statistiken zur weiblichen Genitalbeschneidungen auf.

Wenngleich keine konkreten Zahlen zu Wien gefunden werden konnten, so betrifft der zunehmende Trend auch Wien (Asefaw 2008; Walter 2012). Dies wird im Konsensuspapier verschiedener Akteur*innen und Gesundheitsorganisationen der Stadt Wien, den „Leitlinien zur weiblichen Genitalchirurgie“ aufgegriffen, wodurch die Problematik aufgezeigt wird (Wiener Programm für Frauengesundheit 2015).

Durch diesen Exkurs wird auf die kulturellen Sichtweisen und das verzerrte Bild der weiblichen Genitalbeschneidung aufmerksam gemacht. Es zeigt sich, dass körperliche Integrität kein universelles Konzept darstellt, denn körperliche Vollkommenheit wird in diesem Sinne erst durch die weibliche Beschneidung erreicht. Die westliche Betrachtungsweise der weiblichen Genitalbeschneidung als barbarisches Ritual und Verstümmelung steht somit der kulturellen Innenperspektive gegenüber, die FGM/C als schön, notwendig und begehrenswert versteht. (Asefaw 2008; Rust 2007)

Kritisch anzumerken ist hierbei, warum einer erwachsenen afrikanischen Frau beispielsweise der Wunsch einer Reinfibulation nach der Geburt, um den ursprünglichen Zustand des Genitalbereiches wiederherzustellen, verwehrt bleibt, zugleich jedoch ästhetische intimchirurgische Eingriffe aus nicht medizinischen Gründen, wie Schamlippenverkleinerungen oder Scheidenverengungen (Designer-Vaginas) in Wohlstandsgesellschaften praktiziert werden. Es erfolgt hierbei keine Rechtfertigung der Reinfibulation oder der weiblichen Genitalbeschneidung an sich. Stattdessen soll auf die scheinbare Doppelmoral, die ethnozentristische Sichtweise und die mangelnde Berücksichtigung kultureller Standpunkte aufmerksam gemacht werden. (Asefaw 2008)

3.4 Exkurs II: Männliche Beschneidung

Die Beschneidung männlicher Kinder (MC) wird heute noch weltweit praktiziert (Lightfoot-Klein 1993). Obwohl die männliche und die weibliche Beschneidung weder bezüglich des Ausmaßes noch der Handlung an sich in keiner Weise vergleichbar sind, soll ein kurzer Exkurs zur männlichen Genitalbeschneidung erfolgen. Die Notwendigkeit eines solchen Exkurses liegt in der Tatsache begründet, dass das Thema sowohl in der Literatur als auch in der eigenen Studie von Befragten aufgegriffen wurde. (Mcneely & De Jong 2016; Wahlberg, Essén, et al. 2019)

Auch wenn die männliche Beschneidung oftmals verharmlost wird, wird sie zunehmend ebenfalls unter dem Aspekt der genitalen Manipulation diskutiert (Lightfoot-Klein 2003). Seit Jahrtausenden werden genitalverändernde Eingriffe durchgeführt, wobei global betrachtet ungefähr 5 % der Frauen und zirka 38 % der Männer von genitalen Beschneidungen betroffen sind (Klinger 2019: 32, 42; Morris et al. 2016: 9). Es gibt verschiedene Beschneidungstypen, wobei die männliche Zirkumzision – die Vorhautentfernung – die am häufigsten praktizierte Form darstellt (Klinger 2019).

Die Beschneidung von Jungen wird vorrangig in Ländern der MENA-Region (Middle East & North Africa) praktiziert und ist in Ländern wie Somalia (93,5 %) oder Ägypten (94,7 %), ebenso wie die Genitalbeschneidung von Frauen, nahezu universal (Morris et al. 2016). Dies bestätigt, dass in Gesellschaften, in denen die weibliche Genitalbeschneidung praktiziert wird, gleichermaßen Jungen beschnitten werden und diese Praktiken oftmals als sozial und symbolisch komplementäre erachtet werden (Hammond 2003; Lightfoot-Klein 2003; Wahlberg, Essén, et al. 2019). Doch um auf der anatomischen Ebene ein Äquivalent zur weiblichen Genitalbeschneidung herstellen zu können, müsste eine teilweise oder gänzliche Amputation des Penis stattfinden, nicht nur die Entfernung der Vorhaut (Richter & Schnüll 2003; Toubia 1993).

Bei den Beschneidungsraten in europäischen Ländern finden sich, im Gegensatz zu den vorrangig praktizierenden Ländern und den USA, mit ca. 72 % eher geringe Zahlen, wie beispielsweise Deutschland mit 11 %, Österreich mit 6 %, Frankreich mit 14 % und Dänemark mit 5 % (Morris et al. 2016: 4f.). Im Gegensatz zur weiblichen Genitalbeschneidung wird die männliche Beschneidung in der *westlichen Welt* teilweise als harmlos, medizinisch sinnvoll und als erstrebenswert betrachtet. So wird diese Praktik von der WHO (2007) in ihrem Bericht zur Bekämpfung von HIV als eine Methode zur

Verringerung des Risikos einer HIV-Übertragung genannt. Anzumerken ist jedoch, dass die Mehrheit der männlichen Beschneidungen – wie weibliche – unter unhygienischen Bedingungen stattfinden und sich das HIV-Risiko dadurch erhöht (Hammond 2003).

Dies zeigt die teils sexistische Debatte der männlichen Genitalbeschneidung, bei der Jungen und Männern suggeriert wird, dass ihr Genital unhygienisch und schmutzig, sowie die Quelle möglicher Krankheitsüberträger sei (Klinger 2019). Diese Einstellung könnte auch Einfluss auf die weibliche Genitalbeschneidung haben, denn möglicherweise überträgt sich die Betrachtungsweise des eigenen Genitals auf das weibliche, was zu einer Akzeptanz oder gar Befürwortung der weiblichen Genitalbeschneidung führen kann (Hammond 2003).

Die Motive der männlichen Genitalbeschneidung können kultureller, religiöser oder (pseudo-)medizinischer Natur sein, wobei sie hauptsächlich in den drei monotheistischen, patriarchalen Weltregionen – Christentum, Judentum und Islam – Anwendung finden (Hammond 2003; Klinger 2019). Unabhängig vom Geschlecht werden Beschneidungen von Jungen und Mädchen oft mit ähnlichen Motiven durchgeführt: Vorbereitung auf ein Leben in der Religionsgemeinschaft, Betonung geschlechtsspezifischer Unterschiede, sexuelle Kontrolle, Ästhetik, Hygiene oder sozialer Status (Hammond 2003; Johnsdotter 2018a). Diese Motive, das Alter der Durchführung in Verbindung mit der Entscheidungsunfähigkeit, sowie die Tatsache, dass es sich um die Modifikation der Genitalien aus nicht-medizinischen Gründen handelt, könnten als einzige Parallelen zwischen der weiblichen und der männlichen Genitalbeschneidung gesehen werden (Johnsdotter 2018a; Lightfoot-Klein 2003).

Die Folgen der männlichen Beschneidung reichen von physischen Konsequenzen, wie Infektionen, Erektionsproblemen bis zu psychischen Belastungen, geringem Selbstwertgefühl, Depressionen und Traumata, die oftmals im Unterbewusstsein verankert sind. Falls negative Konsequenzen von Männern geleugnet werden könnte dies ihrerseits auch zu der Verharmlosung der weiblichen Genitalbeschneidung führen. (Hammond 2003)

In jenen Studien, die die Einstellung weiblicher Beschneidungen untersuchen, findet auch häufig das Thema der männlichen Beschneidung hinsichtlich Rechtslagen oder Motiven Einzug. Da die Fortsetzung der männlichen Beschneidung meist nicht der Gesetzgebung einzelner Länder in Europa widerspricht, besteht kein Druck, diese einzustellen. (Wahlberg, Essén, et al. 2019) In Österreich wird die männliche Beschneidung von

Kindern mit Einwilligung der Eltern zwar als Körperverletzung eingestuft, die Religionsfreiheit ist dem jedoch übergeordnet und somit nicht strafbar (Ö1 2017).

Die Einstellung von Frauen mit Migrationserfahrung hinsichtlich der männlichen Beschneidung ist unter anderem Gegenstand in der Studie von Wahlberg, Essén, et al. (2019). Hierbei äußerten die befragten Frauen ablehnende Haltungen gegenüber unbeschnittenen Männern, sowie kein Gefühl der Anziehung zu Männern mit Vorhaut. Die Studie zeigte ebenfalls, dass Einstellungen nach der Migration zu weiblicher und männlicher Beschneidung zweiteilig sind. Es kam zu einem Umdenken in dem neuen kulturellen Kontext und veränderten Wahrnehmungen der Beschneidung bei Jungen und Mädchen: Während die männliche Beschneidung als eine unbestreitbar erforderliche Praxis wahrgenommen wurde, veränderten sich die Meinungen hinsichtlich FGM/C in Richtung Adaption oder Abschaffung. (ebd.) Zudem kam in der Studie von Mcneely & De Jong (2016) die Frage auf, warum die Beschneidung an Männer in Europa erlaubt sei, während jene an Frauen strafbar ist, wobei die Befragten den Beschneidungstyp I mit der männlichen Beschneidung verglichen.

Die Tatsache, dass beide Geschlechter Gewalt erfahren und dass diese der eigenen Machtlosigkeit zum Trotz weiterhin praktiziert wird zeigt, dass beide von den in der Kultur vorherrschenden gesellschaftlichen Systemen und Personen unterdrückt werden. Der Widerstand dagegen wird dabei oft mit mangender Loyalität gegenüber der Gruppe beziehungsweise der Gruppenautorität gleichgesetzt. Hammond (2003) verweist diesbezüglich darauf, dass die männliche Genitalbeschneidung die weibliche untermauert und das Zusammenspiel der beiden nicht unterschätzt werden soll. (ebd.)

Dieser Exkurs sollte aufzeigen, ob und inwiefern die weibliche und die männliche Genitalbeschneidung vergleichbar beziehungsweise als zusammenhängend betrachtet werden können. Die Beschneidung beider basiert auf stereotypen Geschlechterverhältnissen und beide Geschlechter sind dem gesellschaftlichen System unterworfen besitzen aber zugleich auch das Potential zu deren Aufbruch beizutragen (Hammond 2003; Klinger 2019). Die Einstellungen nach der Migration hinsichtlich FGM/C sind kritischer als jene zu MC. Nichtsdestotrotz lässt sich die weibliche Genitalbeschneidung aufgrund des anatomischen Ausmaßes, der patriarchalen Absichten, die auf die sexuelle Kontrolle und die systematische Unterdrückung der Frau abzielen, nicht vergleichen. (Lightfoot-Klein 2003; Richter & Schnüll 2003)

4 Grundlagen der weiblichen Genitalbeschneidung

Das folgende Kapitel behandelt die Grundlagen der weiblichen Genitalbeschneidung, die von der Deskription der Beschneidungspraxis, deren Ursprung, Terminologie und Verbreitung über die Beschneidungsformen und die Durchführung bis zu den Gründen und den Konsequenzen reichen.

4.1 Definition und Ursprung

Die weibliche Genitalbeschneidung umfasst all jene Praktiken, die die teilweise oder vollständige Entfernung äußerer weiblicher Genitalien oder anderer Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht-medizinischen Gründen beinhalten (WHO 2020).

Die offizielle Definition der WHO (2020) lautet wie folgt:

„Female genital mutilation (FGM) comprises all procedures that involve partial or total removal of the external female genitalia, or other injury to the female genital organs for non-medical reasons.“

Bei der weiblichen Genitalbeschneidung handelt es sich um eine tief verwurzelte soziokulturelle Praktik, die oftmals in einem geschichtlichen und rituellen Zusammenhang mit dem afrikanischen Kontinent gesehen wird. Der Ursprung der weiblichen Beschneidung bleibt jedoch ungewiss. Dennoch scheint es eine Verbindung zwischen der weiblichen Genitalbeschneidung und der Sklaverei zu geben, sodass die Tradition mehr als 2.000 Jahre bis ins alte Ägypten reicht. (Mackie 1996) Es besteht daher die Annahme, dass die Tradition der Beschneidung von Frauen in Afrika bereits vor der Christianisierung und Islamisierung existent war. Die früheste Erwähnung dieser Praxis findet sich in einem ägyptischen Papyrus aus dem Jahr 163 vor Christus. (Karim 1998; Kenyon 1893) In dieser Zeit glaubte man an die Doppelgeschlechtlichkeit der äußeren Genitalien, wonach der männliche Anteil der Seele der Frau in der Klitoris und der weibliche Anteil der Seele des Mannes in der Vorhaut lokalisiert ist. Mit der Entfernung dieser als nicht-dazugehörig empfundene Elemente ging eine geschlechtsspezifische und soziale Rollentrennung einher. (Schnüll 2003)

Tatsache ist, dass die weibliche Genitalbeschneidung keineswegs nur auf dem afrikanischen Kontinent existent ist/war. Dies belegt Hulverscheidt (2002), die die Medizingeschichte weiblicher Genitalbeschneidungen in Europa untersuchte und feststellte, dass es sich dabei um einen Teil der Geschichte europäischer Medizin handelte.

Die weibliche Genitalbeschneidung wurde bis ins 19. Jahrhundert auch in Europa und den USA, im Kontext weiblicher Abweichungen wie Hysterie, Lesbianismus oder Masturbation praktiziert (Hulverscheidt 2002; Toubia 1993). Bei genauerer Betrachtung findet sich der am besten dokumentierte Fall des Londoner Arztes Isaac Baker Brown (1812-1872). Es handelt sich allerdings keineswegs um einen Einzelfall, denn auch in Wien praktizierte der Gynäkologe Gustav Braun die Klitoridektomie. So schilderte er 1866 in der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“ anhand zweier Fallbeispiele, bei denen er zur Behandlung von Vaginismus (Scheidenkrampf) die Klitoris und die inneren Labien entfernte. (Hulverscheidt 2002) Zudem empfahl die römisch-katholische Kirche in dem Werk „Handbuch für einen Beichtvater“ bis 1940 die Amputationen oder Verätzung der Klitoris, um gegen Lesbianismus vorzugehen (Lightfoot-Klein 2003).

Abgesehen davon geht aus der Studie von Mcneely & De Jong (2016) hervor, dass die befragten Männer und Frauen aus praktizierenden Ländern den historischen Ursprung der weiblichen Genitalbeschneidung nicht benennen konnten. Die Geschichten über den Ursprung reichten von dem Schutz der Hirtenmädchen vor Vergewaltigungen, dem Wunsch der Pharaonen, die Treue der Frauen zu gewährleisten bis zur Sicherstellung der Treue und der Verhinderung der Fortpflanzung im Falle eines Kriegseinzuges der Männer.

4.2 Terminologie

Da Sprache Machtverhältnisse (re-)produziert und dadurch diskriminieren, beschämen und verletzen kann, soll nun näher auf die Begrifflichkeiten eingegangen werden, um dies größtmöglich zu vermeiden (Butler 1997).

Um die Praktik zu beschreiben, existieren mehrere Termini, sowie deren kombinierte Anwendung. Diese umfassen: weibliche Beschneidung (Female Circumcision; kurz FC), weibliche Genitalbeschneidung (Female Genital Cutting; kurz FGC), weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation; kurz FGM) sowie deren Kombination Genitalverstümmelung/-beschneidung (Female Genital Mutilation/Cutting; kurz FGM/C). Alle Bezeichnungen verweisen auf dieselbe Praktik, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Bedeutungen, die sie übermitteln. Die Verwendung von FGM transportiert zum einen das Ausmaß, die Dramatik und den Verweis auf die Menschenrechtsverletzung der Praxis, zum anderen ist sie politisch geprägt und wird von Betroffenen oft als diffamierend verstanden. Demgegenüber soll der Einsatz von FGC negative Zuschreibungen verhindern und durch die Berücksichtigung des Kontextes eine objektive, neutralere Sichtweise

gewährleisten. (Meßmer 2013) Die Verwendung von FC wurde aufgrund der sprachlichen Ähnlichkeit zur männlichen Beschneidung (Male Circumcision, kurz MC), von FGM ersetzt. Es kam Ende der 1990er zu einem erneuten Umschwung, der zur Verwendung von Female Genital Cutting und Female Genital Mutilation/Cutting führte. Dies war auf den Umstand zurückzuführen, dass sich die Forschung, sowie einzelne Organisationen von dem wertenden und negativ konnotierten Begriff Verstümmelung/Mutilation distanzieren wollten. (Elamin & Mason-Jones 2019; WHO 2008) Während sich betroffene Frauen meist gegen die Verwendung von Verstümmelung und die Stigmatisierung als Verstümmelte aussprechen, verwenden internationale NGOs, wie die Amnesty International, die WHO oder UNICEF hauptsächlich den Begriff Verstümmelung (Hassanen et al. 2019; Meßmer 2013). Der Umschwung zu FGC und FGM/C kann zum Teil bestätigt werden, da in der gesichteten, aktuellen (2012-2020), vorwiegend englischsprachigen Forschungsliteratur zwar alle Varianten (FC, FGC, FGM, FGM/C) verwendet wurden, es jedoch eine Tendenz zur Anwendung von FGC und FGM/C evident war (Akinsulure-Smith et al. 2018; Elamin & Mason-Jones 2019; Hassanen et al. 2019; Martell et al. 2020; Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019).

Des Weiteren gibt es kulturspezifische Begriffe, die oftmals positiv konnotiert sind. Zu nennen sind hier der eritreische Begriff *Mekinschab* oder der somalische Terminus *Halaaleyn*, die beide rein, bereinigen bedeuten und von der lokalen praktizierenden Bevölkerung nicht explizit mit dem medizinischen Verfahren des Beschneidens in Verbindung gebracht werden. (Asefaw 2008; Ihring 2015)

Die Frage, die sich hierbei gestellt werden muss, ist, wer bei den Begriffsanwendungen die Deutungsmacht hat oder haben sollte. Dieser Frage wird im internationalen Kontext kaum nachgegangen. Dies kann auf binäre, asymmetrische Machtverhältnisse zurückgeführt werden, in denen die weiße, westliche Stimme primär durchdringt und die beschnittenen Frauen exkludiert werden. (Korieh 2005; Rust 2007)

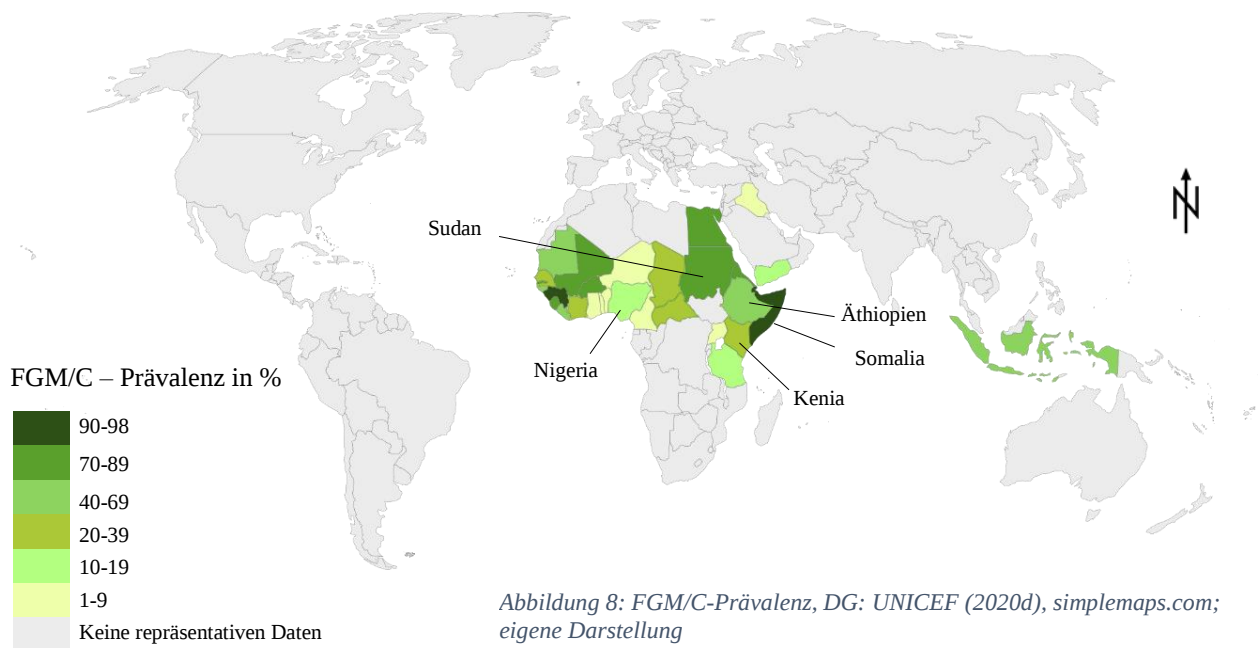
In der vorliegenden Arbeit findet der Begriff weibliche Genitalbeschneidung und der kombinierte Begriff FGM/C Verwendung. Ersterer, um eine neutrale, respektvolle Benennung des Phänomens zu gewährleisten und letzterer, um die Menschenrechtsverletzung nicht unberücksichtigt zu lassen. Die deutsche Kombination von Genitalverstümmelung/-beschneidung wird nicht verwendet, um den Lesefluss nicht

zu beeinträchtigen. Die Begriffe weibliche Genitalverstümmelung oder FGM finden ausschließlich im Rahmen von Zitaten und Begriffserklärungen Einzug.

4.3 Verbreitung

Weltweit sind nach Schätzungen von UNICEF (2020d) mehr als 200 Millionen Mädchen und Frauen in 31, vorrangig afrikanischen Ländern, beschnitten.⁷ Die Zahl der Länder variiert je nachdem, ob Indonesien inkludiert ist, wo nur Daten für die Altersgruppe 0-11 vorliegen. Neben den westlichen, östlichen und nordöstlichen Regionen Afrikas (27 Länder) wird FGM/C auch in Teilen Asiens (Indonesien, Malediven) und im Iran und Jemen praktiziert.

Die höchste Prävalenz unter 15- bis 49-jährigen Frauen findet sich in Somalia mit 98 % (2006), gefolgt von Guinea (95 %) (2018), Dschibuti (94 %) (2012), Mali (89 %) (2018) und Ägypten (2015) sowie Sudan (2014) mit je 87 %. Die geringsten Prävalenzen mit 0-2 % weisen Uganda, Kamerun und Niger auf. (ebd.)



Anmerkung: bezieht sich auf Mädchen & Frauen im Alter von 15-49; mit Ausnahme Indonesien, diese Daten beziehen sich auf Betroffene im Alter 0-11

⁷ Ägypten, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Dschibuti, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Irak, Jemen, Kamerun, Kenia, Liberia, Malediven, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik

In dieser Karte wird die Verbreitung von FGM/C anhand der Nationalstaaten abgegrenzt. Sie soll als visuelles Hilfsmittel dienen und umfasst ausschließlich jene Länder, in denen repräsentative Daten vorliegen. Die Visualisierung hat keinen Anspruch auf Gültigkeit oder Vollständigkeit. Die Verbreitung von FGM/C innerhalb der praktizierenden Länder ist heterogen und nicht flächendeckend. Sie variiert je nach kulturellen Gemeinschaften, geographischen Regionen und Religionszugehörigkeiten. (Toubia 1993) Dazu der Verweis, dass über Ländergrenzen und Religionen hinweg und in Grenzgebieten, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf die Praktik existieren. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn Großfamilien zwar politische Grenzen trennen, sie aber die gleichen kulturellen Ansichten teilen. (Shell-Duncan & Hernlund 2006) Es ist daher nötig, die regionalen und lokalen Ebenen zu berücksichtigen, um eine Pauschalisierung zu umgehen. Für ein detailliertes, umfassenderes und richtiges Bild müsste jedes Land individuell betrachtet und untersucht werden, um Unter- oder Überrepräsentation zu vermeiden. Dies betrifft vor allem Länder mit geringer Prävalenzrate, wo FGM/C nicht flächendeckend praktiziert wird, im Gegensatz zu Ländern mit einer höheren Prävalenzrate. (Faraca 2016) Die unterschiedlichen Regionen eines Landes in Bezug auf die Prävalenzrate werden teilweise in Kapitel 6 behandelt.

Die von UNICEF (2020d) angeführten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Länder für die repräsentative, landesweite Daten vorliegen. Inkludiert sind Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) und nationale Haushaltsbefragungen. Es ist daher zu berücksichtigen, dass einerseits unterschiedliche Zeiträume der Datenerhebungen und andererseits verschiedene Erhebungsmethoden vorliegen. Daten für Indonesien existieren beispielsweise nicht für die häufig verwendete Altersspanne von 15-49 Jahren (Frauen im gebärfähigen Alter). Zudem sind undokumentierte Migrantinnen nicht inkludiert. Dies gilt es unter anderem bei der Anführung der Schätzungen zu berücksichtigen. (European Institute for Gender Equality 2013b; UNICEF 2020d)

Generell könnte es sich um eine Unterrepräsentation handeln, da viele Länder ohne repräsentative Daten über die Prävalenz unberücksichtigt gelassen werden. Dass FGM/C in weitaus mehr Ländern vertreten ist, ist belegbar. Es liegen Studien vor, die darauf hinweisen, dass FGM/C unter anderem auch in Kolumbien, Oman, Saudi-Arabien, den Vereinigten Arabischen Emiraten, Indien und Malaysia existent ist. Diese Erkenntnisse sind jedoch nicht repräsentativ. Zudem findet sich die Praxis auch in Europa, sowie in

Australien und Nordamerika, die in den letzten Jahrzehnten Ziel von Migrant*innen aus Ländern waren, in denen die Praxis existiert. (UNICEF 2020d) Dies spiegelt sich auch in der Forschungsliteratur wider, da diasporische Gemeinschaften zunehmend häufig Gegenstand von Untersuchungen sind (Gele, Johansen, et al. 2012; Hassanen et al. 2019; Isman et al. 2013; Martell et al. 2020; Villani & Bodenmann 2017). Der Bericht des European Institute for Gender Equality (2013b) führt 13 Länder in Europa an, in denen Mädchen und Frauen potentiell gefährdet sind, einer Genitalbeschneidung unterzogen zu werden. Bei diesen Ländern handelt es sich um Belgien, Dänemark, Deutschland, Spanien, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, die Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und das Vereinigte Königreich.

Die Tatsache, dass FGM/C aufgrund von Migrationsbewegungen durch Diaspora-Gemeinschaften in weitaus mehr Ländern zu finden ist, zeigt ebenfalls der im März 2020 veröffentlichte Bericht „Female Genital Mutilation/Cutting: A Call for a Global Response“. Dabei wurden sowohl repräsentative Daten von 31 Ländern, sowie indirekte Schätzungen, kleinflächige Studien, Medienberichte und anekdotische Evidenzen zusammengetragen mit dem Ergebnis, dass FGM/C in über 90 Ländern weltweit vertreten ist. Dies betrifft jeden Kontinent mit Ausnahme der Antarktis. (End FGM European Network/ Equality Now & US End FGM/C Network 2020: 9) Ungeachtet der Repräsentativität der Daten zeigt diese Statistik, dass es sich bei FGM/C um kein lokales Phänomen handelt, sondern es nahezu jeden Kontinent in unterschiedlichem Ausmaß betrifft.

Weltweit sind gemäß WHO (2020) jährlich 3 Millionen Mädchen und Frauen potentiell gefährdet genital beschnitten zu werden. Auf täglicher Basis handelt es sich dabei um ungefähr 8.000 Mädchen und Frauen. In Bezug auf die Prävalenzraten in westlichen Ländern kritisieren Vogt et al. (2017), dass Prävalenz-Schätzungen des Herkunftslandes oftmals auf Einwanderungspopulationen unreflektiert angewendet werden.

Während sich die Prävalenz in Migrationsgemeinschaften auf den Anteil der Mädchen und Frauen bezieht, die aus einem praktizierenden Land migrierten und bereits beschnitten wurden, verweist die potentielle Gefährdung beziehungsweise das mögliche Beschneidungsrisiko auf nicht-beschnittene Mädchen im Alter von 0-18 Jahren, die aus einem FGM/C praktizierenden Land zugewandert sind, oder bei denen zumindest ein Elternteil aus einem praktizierenden Land stammt. In anderen Worten: Die

Prävalenzzahlen beziehen sich auf jene Mädchen und Frauen, die in der Vergangenheit genital beschnitten worden sind, während Risikoschätzungen auf Mädchen unter 18 Jahren, die in der Zukunft einer möglichen Genitalbeschneidung ausgesetzt sein könnten, verweisen. (European Institute for Gender Equality 2015)

In Bezug auf das Risiko und auf die Prävalenzraten bedarf es eines differenzierten Blickes, da zum einen nicht alle Migrant*innen eines praktizierenden Herkunftslandes die gleichen Ansichten teilen und zum anderen die Nationalität oftmals nur einen geringen Aufschluss gibt, da die Prävalenz nach geographischen Herkunftsregionen und Ethnien variieren kann. Eine verbesserte Prävalenzschätzung wird unter anderem durch die Berücksichtigung altersspezifischer Beschneidungsraten, regionaler Unterschiede innerhalb eines Herkunftslandes oder durch Generationenunterschiede erreicht. (Vogt et al. 2017) Bei Letzterem gilt es zu berücksichtigen, dass Mädchen der zweiten und dritten Generation weniger gefährdet sind einer weiblichen Genitalbeschneidung zu unterlaufen (European Institute for Gender Equality 2013b). In Studien zu diesem Thema wird angegeben, dass die Mehrheit der befragten Eltern nicht gewillt ist, ihre Töchter beschneiden zu lassen (Gele, Johansen, et al. 2012; Hassanen et al. 2019).

Eltern werden diesbezüglich jedoch oftmals vorverurteilt ihre Töchter beschneiden zu lassen, wobei dies von Seiten der Eltern als Anschuldigung und teilweise Diskriminierung aufgrund ihres Herkunftslandes, ihrer Kultur, möglicherweise ihrer Religion oder ihres Geschlechts verstanden wird (Johnsdotter et al. 2009). Hierbei ist aufgrund der Mehrfachdiskriminierung ein Verweis auf den Intersektionalitätsansatz von Kimberle Crenshaw (1989) einzufügen.

4.4 Formen

Die in der Literatur am häufigsten herangezogene Klassifikation der weiblichen Genitalbeschneidung ist jene der WHO (2020). Diese unterteilt die weibliche Genitalbeschneidung in vier unterschiedliche Kategorien, abhängig von Ausmaß und Schweregrad.

Tabelle 4: FGM/C-Klassifikation, DG: WHO 2020; eigene Darstellung

Typ	Bezeichnung	Beschreibung
Typ I	„Klitoridektomie“ „Clitorectomy“ „Sunna“	Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris
Typ II	„Exzision“ „Excision“	Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der inneren Labien, mit oder ohne der Entfernung der äußeren Labien
Typ III	„Infibulation“ „Pharaonic“	Verengung der Vaginalöffnung, mit oder ohne die Entfernung der Klitoris, durch den Hautverschluss der inneren und äußeren Labien. Die Innenseiten derselben werden häufig miteinander vernäht, es bleibt eine kleine Öffnung.
Typ IV	Divers	Sonstige schädliche Eingriffe an den weiblichen Genitalien ohne medizinische Indikation z.B. Stechen, Piercen, Einschneiden, Ausschaben und Kauterisieren

Die Klitoridektomie (Typ I) und die Exzision (Typ II) sind global gesehen die am häufigsten angewendeten Arten von FGM/C, von denen 85 % der beschnittenen Frauen betroffen sind. Die Infibulation (Typ III) hingegen ist die extremste Form der Beschneidung, die schätzungsweise 15 % aller weiblichen Genitalbeschneidungen ausmacht. (WHO 1999) Ein Blick auf die geographische Verteilung zeigt, dass Typ I und II vor allem im Westen Afrikas und Typ III vermehrt im Osten Afrikas praktiziert wird (Faraca 2016; Terre des Femmes 2005).

Die mildeste Form, Typ I, auch *Sunna* genannt, bedeutet auf Arabisch wörtlich übersetzt Tradition. Sie wird oftmals mit dem Propheten Mohamed in Verbindung gebracht, da dieser angeblich seine Tochter in dieser Form hat beschneiden lassen. (Mcneely & De Jong 2016)

Die schwerste Form der Beschneidung, Typ III ist auch als pharaonische Form bekannt und beinhaltet keine sprachliche Verknüpfung zum Islam und wird daher eher in Frage

gestellt als Typ I (Gele, Kumar, et al. 2012). Es handelt sich bei Typ III um die schwerste Form der weiblichen Genitalbeschneidung, die die betroffenen Frauen am stärksten einschränkt. Dazu kommt, dass diese Form der Beschneidung in der Regel zu einer Deinfibulation führt, bei der die Vagina nach dem Verschluss wieder geöffnet beziehungsweise erweitert wird. Dies kann sowohl durch Geschlechtsverkehr, die erste Entbindung oder durch einen medizinischen Eingriff erfolgen. Zudem kann es neben der Deinfibulation zu dem erneuten Verschluss der Vaginalöffnung kommen, Reinfibulation genannt. Dies geschieht meist nach der Entbindung infibulierter Frauen, bei Geschiedenen oder Witwen, oft auch mehrmals im Leben der Betroffenen und dient einer Simulation der erneuten Jungfräulichkeit zur Steigerung der Heiratschancen. (Zinka, Bormann, et al. 2018)

Diese Arten der WHO (2020) wurden in den bearbeiteten wissenschaftlichen Artikeln mehrfach erwähnt und zitiert, da es sich um internationale Kategorien handelt (Johnsdotter & Essén 2016; Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019; Wahlberg et al. 2017). Notwendigerweise muss hierbei darauf verwiesen werden, dass es sich um theoretische Kategorien handelt und diese sich in der Empirie oftmals in dieser Art und Weise nicht wiederfinden. Die Klassifikation der WHO schränkt die weibliche Genitalbeschneidung auf 4 Arten ein, wobei in der Realität weitaus mehr Formen existieren. Dies könnte zu einem verengten Blick führen und andere kulturspezifische Formen unberücksichtigt lassen. Im Gegensatz zu den FGM/C-Typen I – III, bei denen Gewebe entfernt und teilweise Nähte verwendet werden, unterscheidet sich Typ IV insofern, da es zu geringeren anatomischen Veränderungen kommt. (Wahlberg et al. 2017) Toubia (1993) beispielsweise fasst die vier Typen in zwei Kategorien zusammen: *reduction operations* (Typ I, II, IV), bei denen eine Entfernung stattfindet und *covering operations* (Typ III), die durch die Naht eine Art Verschluss zum Ziel haben.

Zudem definieren manche die weibliche Genitalbeschneidung insofern, als dass Gewebe entfernt wird und es zu anatomischen Veränderungen kommt. Ergo zählen manche Arten, so Typ IV, nicht zur weiblichen Genitalbeschneidung. Hinzu kommt, dass diese Form oftmals von Befragten mit der männlichen Beschneidung oder kosmetischen Eingriffen gleichgestellt wird. (Wahlberg et al. 2017; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019)

Die Beschneidung weiblicher Genitalien wird oft voyeuristisch anhand von Fotografien beschnittener Genitalien dargestellt. Dies erfolgt beispielsweise bei Zinka et al. (2018) und

Lightfood-Klein (1993), die sich Nahaufnahmen beschnittener Frauen – wenn auch im Rahmen gesundheitlicher Aspekte – bedienen. Dabei kann es zur Stigmatisierung und zu *Otherring* kommen. Frauen werden auf ihr Genital reduziert und es kann zu einer negativen Exotisierung aus eurozentristischer Perspektive kommen (Rust 2007). Um dem entgegenzuwirken und dies nicht zu reproduzieren wird in dieser Arbeit auf die Verwendung von Bildmaterial abgesehen. Lediglich im Rahmen der Interviews wurde bei Bedarf eine vereinfachte Grafik herangezogen, um die verschiedenen Formen zu erklären und den erfahrenen Typ zuordnen zu können.

4.5 Alter und Entscheidungsträger*innen

Die weibliche Genitalbeschneidung wird meist von Erwachsenen entschieden und an Kindern vorgenommen. Dadurch wird soziale Kontrolle ausgedrückt, die über Generationen weitergegeben wird. (Lightfood-Klein 2003) Gemäß der WHO (2020) erfolgt die Genitalbeschneidung überwiegend im Säuglings- oder Kindesalter von 0-15 Jahre. Dies umfasst die Altersspanne, bei der keine Zustimmung der betroffenen Mädchen notwendig ist (Varol et al. 2015). Das Beschneidungsalter kann zum einen von der praktizierenden Gesellschaft festgelegt sein, zum anderen kann es von der Pubertät und den damit zusammenhängenden physischen Veränderungen wie der körperlichen Reife oder der Menstruation abhängen. Zudem werden für den Zeitpunkt der Beschneidung Lebensereignisse wie Heirat oder Schwangerschaft herangezogen. Es können daher auch Beschneidungen vor der ersten Heirat oder während der ersten Schwangerschaft stattfinden. (Faraca 2016)

Bei Mädchen, die aufgrund ihres Alters bereits verstehen würden, was eine Beschneidung bedeutet, werden Details verschwiegen. Dies basiert auf der Sorge, dass Mädchen vor der Beschneidung fliehen oder sich anderweitig wehren könnten. Die Studie von Akinsulure-Smith et al. (2018) zeigt, dass Frauen aufgrund ihres Wissensstandes versuchten, der Beschneidung zu entgehen. Es lässt sich feststellen, dass FGM/C zunehmend bei Mädchen jüngeren Alters praktiziert wird, sodass kaum bis kein Widerstand vorhanden ist. (ebd.)

Der Beschluss beziehungsweise die Entscheidungsfindung hinsichtlich der weiblichen Genitalbeschneidung bezieht sich oftmals lediglich auf das Ausmaß (Typ) der Beschneidung (Liang et al. 2016). Obwohl in praktizierenden Gesellschaften meist patriarchale Gesellschaftsstrukturen vorherrschen, obliegen Entscheidungen bezüglich der weiblichen Genitalbeschneidung meist bei den Frauen beziehungsweise den

Matriarchinnen eines Familienbundes, in manchen Fällen, ohne die Einverständnis oder das Wissen der Eltern des betroffenen Kindes einzuholen. (Akinsulure-Smith et al. 2018; Elamin & Mason-Jones 2019; Faraca 2016) Eine 30-jährige somalische Frau erklärte beispielsweise, dass trotz des Widerstandes ihrer selbst und ihres Ehemann gegen FGM/C zwei von fünf ihrer Töchter aufgrund der Präferenzen ihrer Schwiegermutter einer Beschneidung unterzogen wurden (Shahawy et al. 2019).

In manchen Fällen erübrigt sich die Unterstützung oder das Einverständnis der Eltern, da die Beschneidung von den Mädchen selbst angestrebt wird und sie sich darauf freuen. Zeitweise bestehen junge Mädchen ohne das Wissen der Eltern darauf, beschnitten zu werden. (Elamin & Mason-Jones 2019; Mcneely & De Jong 2016) In der Studie von Mcneely & De Jong (2016) wünschte sich die Hälfte der Befragten, beschnitten zu werden, um Ansehen als gutes Mädchen zu erlangen. Einige Frauen blickten mit Vorfreude und Aufregung auf das Ereignis und verspürten dabei keinerlei Zwang. Dies änderte sich, als die Befragten durch das Erblicken der Beschneidungsinstrumente ihre Entscheidung änderten, jedoch festgehalten und überredet wurden. Mädchen werden dabei oft von Frauen festgehalten, während die Beschneiderin, bei der es sich meistens auch um eine Frau handelt, die Beschneidung vornimmt (Lightfood-Klein 1993).

Als Entscheidungs- und Antriebskraft werden zumeist ältere Frauen und Männer identifiziert. Männer und Frauen werden jedoch auch gleichzeitig als Opfer der Praxis gesehen und beschuldigen sich gegenseitig sowie die Beschneider*innen für deren Fortbestand. Die jüngeren Frauen geben an, dass ältere Frauen die Machthaberinnen waren, die sich für FGM/C einsetzen. Zudem sehen einige Frauen das Schweigen der Männer in der Gesellschaft als möglich Ursache für die Weiterführung der Praxis. (Berggren 2005) Einige betonten, dass die Praktiken ausschließlich der weiblichen Sphäre zuzuordnen seien, und gaben an, dass Männer in diesen Angelegenheiten keine Entscheidungsbefugnis hätten. Auf globalerer Ebene scheinen jedoch Männer eine Rolle bei der Fortführung dieser Praktiken zu spielen. Da es Männer sind, die gesellschaftliche Diktate formulieren, haben sie auch die Macht, Dinge zu ändern. (Vissandjée et al. 2003) Es ist jedoch auch wichtig anzumerken, dass die Konstellation der Entscheidungsträger*innen nicht statisch ist, sondern sich stets ändern kann. Wenn sich der Familienhaushalt beispielsweise aufgrund von Migration ändert, so beispielsweise, wenn Verwandte migrieren oder Mädchen zu Verwandten umziehen oder im Rahmen der Ehe das Elternhaus verlassen. (Shell-Duncan & Hernlund 2006)

Die Rolle von Männern im Kontext der weiblichen Genitalbeschneidung findet in dieser Arbeit nur peripher Beachtung. Es soll hierbei jedoch ein Verweis auf jene Studien getätigt werden, die sich mit der Rolle der Männer beziehungsweise deren Sichtweisen beschäftigen: Catania et al. (2016), Strid & Axelsson (2020), Varol et al. (2015). Vereinzelt wurden männliche Perspektiven auch in den ausgewählten Studien inkludiert (Hassanen et al. 2019; Shahawy et al. 2019; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019).

4.6 Durchführung und Ort

Die Beschneidungen finden in unterschiedlichen Settings statt. Diese reichen von einer Feier bis hin zu Heimbisuchen, dem Haus der Beschneider*innen oder Beschneidungen im Busch. (Akinsulure-Smith et al. 2018; Elamin & Mason-Jones 2019; Faraca 2016) Zurückzuführen auf Armut, gesetzliche Illegalität und mangelnde Erreichbarkeit von Krankenhäusern findet FGM/C in ländlichen Gebieten meist außerhalb von Spitälern statt (Schnüll 2003).

In den meisten praktizierenden Ländern wird die Beschneidung von traditionellen Beschneider*innen ohne Einsatz von Anästhetika oder Desinfektionsmitteln durchgeführt (ebd). Zur Schmerzlinderung werden lediglich Kräutermischungen oder die Verabreichung alkoholischer Getränke angewendet. Hilfsmittel bei der Beschneidung umfassen Messer, Scheren, Rasierklingen und -messer, Glasscherben, Fingernägel und für den Wundverschluss Seidenfäden, Schafdarm, Pferdehaar, Bast, Bindefäden, Akaziendornen oder Eisenringe. Die Beschneider*innen genießen eine hohe gesellschaftliche Stellung und Ansehen, obwohl die Berufserfahrung variiert. Während manche Beschneiderinnen als Krankenschwestern, Medizinfrauen oder Geburtshelferinnen tätig sind, erlernte die Mehrheit von ihnen das Handwerk von der Familie, sozusagen als Erbe. (Asefaw 2008; El-Jelede 2021; Muteshi et al. 2016; Schnüll 2003; Zinka, Bormann, et al. 2018) Der Beruf der Beschneiderin wird oftmals ausgeübt, da Frauen die Familie alleine ernähren müssen und die Beschneidung eine Einnahmequelle darstellt. Doch durch negative Erfahrungen wie dem Tod eines beschnittenen Mädchens oder durch das Bewusstsein über die negativen (gesundheitlichen) Auswirkungen und Aufklärungskampagnen geben Beschneider*innen teilweise ihren Beruf auf. (Asefaw 2008)

Neben den traditionellen weiblichen Beschneiderinnen wird FGM/C auch vereinzelt von Medizinmännern, Barbieren, Ehefrauen von Schmieden, denen Zauberkräfte nachgesagt werden, Krankenschwestern, Ärzt*innen und bei finanziellen Schwierigkeiten auch von

Familienmitgliedern vorgenommen (Schnüll 2003). Um Kosten zu sparen, werden auch Gruppenbeschneidungen durchgeführt (El-Jelede 2021).

Abgesehen davon existiert eine Medikalisierung der Praxis, bei der Beschneidungen von Gesundheitspersonal durchgeführt werden. Dies trägt zum Fortbestand bei und fördert den Glauben, dass es sich um ein medizinisches Verfahren handelt. (Faraca 2016) In Ägypten werden beispielsweise 77 % der Mädchen und Frauen von medizinischem Fachpersonal, vor allem von Ärzt*innen, beschnitten (UNICEF 2013). Ärzt*innen übernehmen diesen lukrativen Markt für Beschneider*innen, indem sie argumentieren, sie könnten die Gesundheitsrisiken verringern. Es ist daher im Interesse der Beschneider*innen und paradoxerweise für praktizierende Ärzt*innen, dass die weibliche Genitalbeschneidung fortgeführt wird, da sie eine Einnahmequelle darstellt und mit einem hohen gesellschaftlichen Status verbunden ist. (Toubia 1993)

4.7 Gründe

In Gesellschaften, in denen FGM/C vorherrschend ist, werden die dort lebenden Mädchen und Frauen aus unterschiedlichen, kulturspezifischen und regionsabhängigen Gründen beschnitten. Die im Folgenden genannten Gründe variieren und dienen als Abbild der dominantesten und wiederkehrenden Gründe verschiedener gesichteter Studien (Alcaraz et al. 2014; Gallego & López 2010; Martell et al. 2020; Mcneely & De Jong 2016; Villani & Bodenmann 2017). Berg & Denison (2013) führen 6 Hauptgründe an, die für die Ausübung der Praktik oftmals rezipiert werden: Kulturelle Tradition, Sexualmoral, Heiratschancen, Religion, Hygiene- und Gesundheitsnutzen und männliches Sexualvergnügen. In dieser Arbeit wird eine Erweiterung um den Übergangsritus vorgenommen, um der Vielfalt an Gründen gerecht werden zu können.

Vor dem Hintergrund der weiblichen Genitalbeschneidung als eine alte, tradierte Praktik, kann festgestellt werden, dass diese genannten Gründe auf Mythen und Überlieferungen, der Missinterpretation des Islam, sowie der Unkenntnis medizinischer und anatomischer Fakten basieren (Schnüll 2003).

Kulturelle Tradition

Der soziale Druck der Gesellschaft FGM/C auszuüben, resultiert in Spott, Missachtung und Gerede über jene, die der Praxis widersprechen oder sich ihr widersetzen (Akinsulure-Smith et al. 2018; Elamin & Mason-Jones 2019). Durch die Stigmatisierung ist der

Ausschluss aus der Gemeinschaft oftmals die Folge, wobei finanziell abhängige Frauen besonders betroffen sind (Schnüll 2003).

Der Status und die Ehre einer Familie und der Frau an sich hängt von der Beschneidung der Frauen ab. Drunter fällt – je nach Typ – ebenso die ordnungsgemäße Schließung oder das Beschneidungsalter, da eine leichte Öffnung oder eine zu späte Beschneidung zu Schande und Beschimpfungen der betroffenen Familie führen kann. Es handelt sich daher nicht um ein individuelles, sondern vielmehr um ein kollektives Verfahren, von dem die Ehre der Familie abhängt – ausgetragen am Körper der Frau. Die Beschämung der Familie, vor allem der Mütter, erfolgte sowohl in Afrika als auch in einem westlichen Land, wie der USA, falls Töchter (je älter, desto mehr Verachtung) nicht beschnitten waren oder bei der Heirat nicht mehr jungfräulich. (Mcneely & De Jong 2016)

Ökonomie & Heiratschancen

Tendenziell wird Mädchen und Frauen in praktizierenden Gesellschaften vermittelt, eine Heirat anzustreben. Diese stellt für eine Frau finanzielle Sicherheit und sozialen Status dar, denn der Wert einer Frau wird durch ihre Heiratbarkeit definiert. Selbst die Ausbildungszeit von Mädchen wird von manchen als Zwischenlösung bis zur Heirat gesehen. (Elamin & Mason-Jones 2019)

Die ökonomische Versorgung der Frau ist primär durch Heirat gewährleistet, sodass sich Frauen FGM/C unterziehen, um einen Ehepartner finden zu können. Aufgrund dessen lassen Eltern, die möglicherweise eine ablehnende Haltung gegenüber der Praxis haben, ihre Töchter beschneiden, um ihnen die bestmöglichen Zukunftsaussichten zu ermöglichen. (Schnüll 2003) Denn auch hier besitzen Männer die Entscheidungsmacht Ehefrauen, falls diese nicht oder nicht ordentlich beschnitten sind, zurückgeben zu können. Eltern verfolgen somit das Ziel, ihre potentiellen, oftmals noch unbekannten Schwiegersöhne durch die Beschneidung, auf Kosten der eigenen Tochter, zufriedenzustellen. (Elamin & Mason-Jones 2019)

Überdies stellt die Jungfräulichkeit und Treue, die durch die Beschneidung erreicht wird, teilweise einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar. Die Mitgift der Braut umfasst materielle und symbolische Vermögenswerte, die seitens der Familie des Bräutigams nach Abschluss der Eheverträge an die Familie der Braut bezahlt werden. Die Familie des Mannes bezahlt somit für die Jungfräulichkeit und Fruchtbarkeit der Frau. (Faraca 2016; Gallego & López 2010) Dabei kann das Maß der Genitalbeschneidung zur Berechnung des Brautpreises

dienen: Je stärker das Ausmaß der Beschneidung, desto höher ist der Preis (Schnüll 2003). Die weibliche Genitalbeschneidung dient hier als zentraler Faktor, da der Glaube existiert, dass beschnittene Frauen treuer und fruchtbarer sind (Faraca 2016; Gallego & López 2010). Familien mit Kinderreichtum besitzen zudem einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert (Schnüll 2003). Die Fruchtbarkeit der Frau spielt insofern eine tragende Rolle, als dass *„Kinder eine der wenigen Ressourcen sind, die von Frauen in männerdominierten Gesellschaften kontrolliert werden.“* (Lightfoot-Klein 1993: 57).

Sexualität & Rollenerwartung

Die meisten praktizierenden Gesellschaften sind durch ein patriarchales Gesellschaftssystem geprägt, in dem Frauen nachrangig behandelt werden, Männern untergeordnet sind und von diesen, vor allem hinsichtlich Sexualität, Treue und Jungfräulichkeit, kontrolliert und unterdrückt werden mit dem Ziel, die Treue, Unterwürfigkeit und Loyalität zu sichern. Das Ansehen und die Ehre der gesamten Familie hängen von der Frau ab, sodass diese als Gruppenausdruck der Identität verstanden werden kann. (Faraca 2016; Lightfoot-Klein 2003)

Die in der Gesellschaft vorherrschenden Geschlechterrollen sind von großer Bedeutung. Geschlechternormen beziehen sich auf den Wert, der Männern und Frauen beigemessen wird. In den Gemeinschaften, in denen FGM/C praktiziert wird, haben Frauen eine geringere soziale Stellung. FGM/C wird genutzt, um die Machtdynamik zwischen Männern und Frauen innerhalb der Gemeinschaft aufrechtzuerhalten. Es wird auch von älteren Frauen verwendet, um jüngere Frauen innerhalb ihrer sozialen Gruppe zu kontrollieren. (Elamin & Mason-Jones 2019) Manche Männer verweisen dabei zum Teil auf die Bequemlichkeit und die Vorteile, die die patriarchale Gesellschaftsform und alte Rollenverhältnisse mit sich bringen (Asefaw 2008).

Bei den Geschlechternormen gibt es jedoch unterschiedliche Auffassungen und eine grundlegende Ambivalenz zwischen der weiblichen und der männlichen Sexualität und der damit zusammenhängenden Rollenerwartung, die zumeist in einem patriarchalen System eingebettet ist. Die weibliche Genitalbeschneidung soll den Lustgewinn von Männern, sowie gleichzeitig die Treue sichern und das sexuelle Empfinden von Frauen mindern. Von vielen Frauen wird erwartet, dass sie ohne beziehungsweise mit einem beschränkten sexuellen Verlangen leben, da ihre Rolle als Ehefrau und Mutter vordergründig ist. (Schnüll 2003) Die Reduktion der angeblichen Promiskuität und die Vermeidung von

vorehelichen sexuellen Aktivitäten ist in Frage zu stellen, denn sie erweist sich als unwahr, da viele Frauen bereits Kinder haben, bevor sie heiraten (Akinsulure-Smith et al. 2018; Gallego & López 2010). Zudem zeigten beschnittene Frauen in der Studie von Di Cesare (2014) ein höheres Maß an Promiskuität als unbeschnittene.

Die Beschneidung der Frauen basiert teilweise auf der Angst, dass junge Frauen sexuell unkontrollierbar sein könnten. Die Entfernung der Klitoris soll diesen Trieb verringern und das Zusammennähen der Labien für Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sorgen. (Elamin & Mason-Jones 2019) Es handelt sich demnach um ein Konstrukt der Weiblichkeit, bei dem angenommen wird, dass die weiblichen Genitalien in ihrer Natürlichkeit fehlerhaft sind und Frauen den sexuellen Trieben ausgesetzt bleiben, falls die Beschneidung nicht durchgeführt wird. Somit wird die weibliche Beschneidung als notwendiger Eingriff konstruiert. (Ihring 2015) Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass dadurch vorehelicher Geschlechtsverkehr vermieden und keine sexuelle Lust empfunden werden soll: Das Erlebnis wird mit negativen Gefühlen und Schmerz assoziiert. Diese negativen Assoziationen von Sexualität und Geschlechtsverkehr werden Mädchen von Beginn an vermittelt. Während von Männern verlangt wird, sexuell aktiv zu sein, wird von Frauen erwartet sexuell enthaltsam zu leben und gefügsam zu sein, da bei Verweigerung des Geschlechtsverkehrs häusliche Gewalt angewandt werden kann. (Elamin & Mason-Jones 2019) In anderen Worten: Die Mehrheit der Männer kann sowohl vor- als auch außerehelichen Geschlechtsverkehr mit vielen Partnerinnen oder mehreren Ehefrauen haben, während von Frauen erwartet wird „*beschnitten, fügsam, fruchtbar, ehefähig, hartarbeitend, asexuell und gehorsam*“ zu sein. (Koso-Thomas 1987 zit. in Lightfoot-Klein 2003: 67) Die Geschlechternormen und deren Erwartungen an die Frau führen letztlich dazu, dass manche Frauen Geschlechtsverkehr als ihre eheliche Pflicht ansehen und als Notwendigkeit für eine Schwangerschaft (Elamin & Mason-Jones 2019).

Zudem soll die Genitalbeschneidung Frauen vor der Prostitution und vor Vergewaltigungen schützen, sowie Männer vor sexueller Überforderung bewahren, denn das angebliche nymphomane Verhalten der Frauen hätte Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft (Schnüll 2003). Manche Mädchen in Eritrea und Äthiopien werden im Ausmaß der Infibulation beschnitten, um sie vor Vergewaltigungen zu schützen (Shahawy et al. 2019).

Den meisten Gründen geschlechtsspezifischer Überlegungen liegen soziale Konstruktionen zugrunde. Dies resultiert darin, dass Frauen Funktionen und spezifische Verhaltensweisen, wie Jungfräulichkeit, Schönheit und Treue zugeschrieben werden, die diskriminierend sind. (Gallego & López 2010)

Letztlich „ordnen sich Frauen den patriarchalen Strukturen unter, die sie zu Hüterinnen der ‚Tradition‘ machen und auf diese Weise für den Erhalt dieser unterdrückenden Strukturen sorgen.“ (Ihring 2015: 146), was in einem dreimaligen Leiden für die Frau resultiert: dem Leiden bei der Beschneidung, bei der Hochzeit und bei der Geburt (Nzimwagne-Gölz 2003).

Ästhetik & Gesundheit

Die Dichotomie schmutzig/rein wird bei der Betrachtung natürlicher und beschnittener Genitalien herangezogen. Beispielsweise wird Überstehendes – gemeint sind die äußeren Schamlippen – als schmutzig angesehen, was die Entfernung rechtfertigen soll. Saubere Genitalen gehen daher mit einem glatten, geschlossenen Aussehen einher, eine Perspektive die den Blick anderer Individuen beziehungsweise Betrachter*innen einschließt. Zudem bitten manche Frauen nach der Geburt um die erneute Schließung, da sie sich selbst sonst als unrein oder schmutzig empfinden. (Schnüll 2003; Villani & Bodenmann 2017)

Der Glaube, die Klitoris wachse ohne Beschneidung enorm an und entwickle sich möglicherweise zu einem männlichen Organ besteht weiter und löst bei Männern Furcht und Abscheu aus (Lightfood-Klein 2003; Schnüll 2003). In anderen Worten: Die Klitoris wird als männliches Organ im weiblichen Körper angesehen (Alcaraz et al. 2014). Manche Gemeinschaften fordern eine eindeutige Zuordnung zu einem Geschlecht, daher werden Klitoris und Vorhaut entfernt (Schnüll 2003).

Des Weiteren existieren zahlreiche gesundheitliche Aspekte, die mit der weiblichen Genitalbeschneidung in Verbindung gebracht werden. Dazu zählt unter anderem, dass die Schwangerschaft und die Geburt durch die Beschneidung erleichtert werden und, dass Frauen durch Typ III davor bewahrt werden, dass Insekten in die Vagina gelangen. Des Weiteren existieren Überzeugungen, dass die Klitoris giftig sei und Ehemänner und Kinder gefährden könnte. (ebd.)

Gemäß Gallego & López (2010) und Lightfood-Klein (2003) wird teilweise angenommen, dass FGM/C die Fruchtbarkeit erhöht, Krankheiten, sowie die Verunreinigung der

Muttermilch vorbeugt und eine Totgeburt verhindert. Bei den genannten Aspekten handelt es sich um Annahmen, die von wissenschaftlicher Literatur widerlegt werden, denn das Gegenteil ist der Fall: Durch die Beschneidung steigt das Risiko für Unfruchtbarkeit, geburtliche Komplikationen und eine Totgeburt (Andro et al. 2014; WHO 2020). Dies wiederum fördert nicht die Heiratschancen von Frauen, sondern schmälert sie (Schnüll 2003).

Religion

Die Beschneidung von Mädchen und Frauen lässt sich keiner Religion zuschreiben, da sie sowohl von muslimischen, christlichen, als auch vereinzelt jüdischen Gesellschaftsgruppen ausgeübt wird. Dies erstreckt sich von muslimischen und christlichen Gläubigen in Afrika, muslimischen Gruppen auf der arabischen Halbinsel bis nach Indonesien, nach Israel und Äthiopien, wo die „Beta Isreal“ – eine äthiopische Minderheit jüdischen Glaubens – die weibliche Genitalbeschneidung praktizieren. (Johnsdotter & Essén 2016)

Obwohl die religiöse Verpflichtung zur weiblichen Beschneidung in keiner Religion beziehungsweise religiösen Schrift wie dem Koran oder der Bibel erwähnt wird und die Mehrheit der Gläubigen dieser drei Weltreligionen keine Beschneidung von Frauen durchführt, spielt Religion in vielen Studien eine wichtige Rolle. Das religiöse Erfordernis wird in Studien, wie in jenen von Alcaraz et al. (2014); Gele, Johansen, et al. (2012); Johnsdotter & Essén (2016); Shahawy et al. (2019) beziehungsweise von den Befragten als Beschneidungsgrund oder Grund für die Fortführung der Praxis genannt. Der Glaube, dass FGM/C als religiöses Erfordernis gilt, wobei diese Ansicht eher im Islam vertreten ist, ist ein schwerwiegendes Missverständnis bei der Interpretation des Islam und hat zur Verbreitung in der Praxis beigetragen (ebd. & Toubia 1993).

In Afrika existierten Traditionen und Bräuche hinsichtlich der Beschneidung der Frau, bevor die Weltreligionen in den Regionen Afrikas verbreitet waren, sodass die lokalen, traditionellen Bräuche mit den religiösen, importierten Normen der Weltreligionen verflochten wurden. Dies wiederum führte zu der Ansicht, die weibliche Beschneidung sei eine religiöse Notwendigkeit. Fakt ist, dass die Beschneidung älter ist als die drei Weltreligionen und kein religiöses Erfordernis darstellt. (Johnsdotter & Essén 2016)

Die Ansichten von Befragten reichen von religiös verpflichtend bis zu religiös verboten. Während einige die körperliche Unversehrtheit, die Unveränderlichkeit und das von Gott

geschaffene betonen, sind andere der Ansicht Gott durch die Beschneidung etwas zurückzugeben und nach Gottes Willen zu handeln. Letztere sind besonders empfänglich für die Hadithe. Dabei handelt es sich, neben dem Koran, um eine weitere Quelle des Gesetzes im Islam. Diese überlieferten Berichte und Aussprüche des Propheten resultieren in zahlreichen Interpretationen, unter anderem jene, dass der Prophet Mohammed die Beschneidung befürwortet habe. (Schnüll 2003)

Der Konflikt um die Rolle der Religion kann auf die Heterogenität und Mehrdeutigkeit der Botschaften religiöser Autoritäten zurückgeführt werden, denn je nach der Predigt und Einstellung religiöser Führer*innen können diese die Ansichten der Gemeinschaft beeinflussen (Martell et al. 2020). Befragte in der Studie von Shahawy et al. (2019) gaben diesbezüglich an, dass die Praxis einfacher aufzugeben war, nachdem sie aufgeklärt worden waren, dass sie keine religiöse Notwendigkeit darstelle.

Übergangsritus

Die weibliche Genitalbeschneidung wird von praktizierenden Gruppen oftmals als Initiationsritual angesehen und als solches vermittelt (Gallego & López 2010; Johnsdotter & Essén 2016). Dabei geht die weibliche Genitalbeschneidung mit einer neuen sozialen Rolle einher. Die Mädchen werden einerseits durch die anatomische Veränderung durch die Beschneidung und andererseits durch die verbale Übermittlung von Pflichten, Verantwortungen und Funktionen in ihrer Rolle als Frau zur Frau. In anderen Worten: Sie werden auf ihr Leben als erwachsene Frau vorbereitet. (Johnsdotter & Essén 2016; Schnüll 2003) Das Beschneidungsritual führt dazu, dass sich beschnittene Mädchen und Frauen mit Gleichaltrigen verbunden fühlen. Sie entwickeln eine starke soziale Identität, die in keiner Weise in Zusammenhang mit einer etwaigen Verstümmelung gebracht wird. Im Gegenteil, sie wird mit Stolz verbunden und dadurch über Generationen erhalten. Dies geschieht innerhalb eines Systems, in dem die Praxis normalisiert wurde und als essentielles Übergangsritual gesehen wird. (Elamin & Mason-Jones 2019) Die Erinnerungen an die Beschneidung und deren Konnotationen variieren je nach Alter, Ausmaß und Setting. Manche beschnittenen Frauen assoziieren beispielsweise positive Gefühle mit dem Ereignis, wobei die Lehre der Weiblichkeit und Integration in die Gesellschaft als Frau, neben den Feierlichkeiten, als besonders positiv erlebt wurde. (Kalokoh 2017)

Zwischenfazit

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass es sich bei FGM/C um eine soziokulturelle Tradition handelt, die aus kulturellen, ästhetischen, gesundheitlichen, religiösen, ökonomischen Gründen freiwillig oder unfreiwillig ausgeübt wird. Sie hat die Reinheit, Schönheit, Gesundheit, und den höheren Status der Familie und Frau in der Gesellschaft, sowie höhere Heiratschancen und die sexuelle Befriedigung des Mannes bei gleichzeitiger Unterdrückung der weiblichen Sexualität zum Ziel. Nicht zu vergessen ist jedoch, dass diese Gründe zwar existent sind, aber die Praxis – mit den Gedanken eines jungen Mädchens – nur ausgeübt werden kann, da es alle anderen Gleichaltrigen ebenfalls anstreben beziehungsweise da das Mädchen die Werte von der Gesellschaft so vermittelt bekommen hat (Toubia 1993).

4.8 Folgen

Es existiert ein umfangreicher Corpus in der wissenschaftlichen Literatur, der sich mit Folgen und Konsequenzen der weiblichen Genitalbeschneidung aus einer medizinischen und psychologischen Perspektive auseinandersetzt (Andro et al. 2014; Connor et al. 2016; Johansen 2017; Mulongo et al. 2014; Thierfelder et al. 2005; Varol et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012).

Die weibliche Genitalbeschneidung führt – abhängig von Faktoren wie Beschneidungsgrad, Beschneidungsbedingungen sowie Beschneidungsalter – zu zahlreichen akuten und chronischen Folgen (Asefaw 2008). Dies betrifft sowohl die physische, als auch die psychische Gesundheit, wobei betroffene Frauen oftmals ihr Leben lang darunter leiden (Gele et al. 2015; WHO 2020).

Da starke Komplikationen bei der Klitoridektomie (Typ I) weniger häufig auftreten als bei der Infibulation (Typ III), werden sie normalerweise ignoriert und die Klitoridektomie wird fälschlicherweise als nicht schädlich angesehen und weiterhin praktiziert (Toubia 1993). Abgesehen davon können sich manche betroffene Frauen, die in jungen Jahren beschnitten wurden, oftmals nicht mehr an den Eingriff oder Frühfolgeerscheinungen erinnern (Asefaw 2008; Faraca 2016; Hassanen et al. 2019).

Abhängig von der Beschneidungsart lässt sich sagen, dass infibulierte Frauen (Typ III) ein erhöhtes Risiko tragen, an Früh- und Langzeitfolgen zu erleiden, als Frauen mit anderen Formen (Asefaw 2008; Toubia 1993). Wahlberg, Essén, et al. (2019) zeigen auf, dass

FGM/C bei Frauen, bei denen Gewebe entfernt wurde (Typen I-III) ein Verlust sexueller Empfindungen mit der Beschneidung einherging, während Frauen mit Typ IV mehrheitlich keine Veränderung wahrgenommen haben. Die Studie von Isman et al. (2013) zeigt ebenfalls, dass alle infibulierten Frauen negative Auswirkungen auf die Menstruation und das Sexualleben erwähnten, während die Frau mit Typ I, einer milderen Form, keine Probleme hatte.

Manche Frauen sind sich der potentiellen gesundheitlichen Auswirkungen vor der Beschneidung nicht bewusst. Dies zeigt eine Studie von Ekwueme et al. (2010), bei der beschnittene nigerianische Frauen vor und nach dem Eingriff befragt wurden. Vor der Beschneidung wussten im Durchschnitt lediglich 22 % der Frauen über die potentiellen Risiken Bescheid. Nach der Beschneidung erhöhte sich der Wert auf durchschnittlich 71,3 %. Die gesundheitlichen Konsequenzen erscheinen zudem möglicherweise als nachrangig im Vergleich zu einem möglichen gesellschaftlichen, sozialen Ausschluss aufgrund des unbeschnittenen Status (Asefaw 2008).

In der Literatur existieren kontroverse Ansichten bezüglich des Auftretens psychischer Folgen, sowie Auswirkungen auf das sexuelle Erleben von beschnittenen Frauen. Diese sollen in den nachfolgenden Abschnitten erläutert werden. (Johnsdotter 2018b)

Physisch

Zu den unmittelbaren Auswirkungen zählen starke Schmerzen, Blutungen, Schwellungen des Gewebes, Fieber, Harnprobleme, Schock, Infektionen (HIV, Tetanus) oder Tod (WHO 2020). Diese Folgen hängen zudem von anderen Faktoren wie hygienischen, sterilen Bedingungen und der medizinischen Versorgung, die beide oftmals nicht gegeben sind, ab (Mcneely & De Jong 2016; Toubia 1993). Zudem kann es zu Knochenbrüchen kommen, da Mädchen und Frauen bei der Beschneidung oftmals gewaltsam festgehalten werden (El-Jelede 2021).

Die potentiellen chronischen Langzeitfolgen umfassen Harn- und Vaginalprobleme, Menstruationsbeschwerden, Narbengewebe, sexuelle Probleme, sowie erhöhte Risiken bei der Geburt. Letzteres beinhaltet sowohl Komplikationen wie Blutungen oder Wiederbelebung aber auch Totgeburten. (Andro et al. 2014; WHO 2020) Im Sudan sind 20 bis 25 % der Fälle von Unfruchtbarkeit bei Frauen auf Infibulation zurückzuführen (Althaus 1997: 131).

Während das tröpfchenartige Harnlassen bei infibulierten Frauen zwischen 30-60 Minuten dauern kann, besteht zudem die Gefahr einer bakteriellen Infektion (Asefaw 2008). Oftmals wird Nahrung und Wasser für Frauen nach der Beschneidung zwischen 20 und 40 Tage stark reduziert, um den Toilettengang zu vermeiden (El-Jelede 2021). Durch alltägliche Beeinträchtigungen wie diese oder wiederkehrende wie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr erwägen manche Frauen Suizid (Mcneely & De Jong 2016).

Forschungsergebnisse über FGM/C und sexuelle Funktion zeigen, dass die meisten Frauen ein lustvolles Sexualleben haben können, während einige von ihnen aufgrund negativer Folgen des FGM/C-Verfahrens mit sexuellen Beeinträchtigungen leben müssen (Johnsdotter 2018b). Die Studie von Shahawy et al. (2019) bestätigt diese Feststellung, da Frauen angaben trotz ihrer Beschneidung fähig zu sein, sexuelles Vergnügen zu empfinden. Demgegenüber stehen Studien, die Gegenteiliges bezeugen: Esho et al. (2017), Wahlberg, Essén, et al. (2019). Esho et al. (2017) untersuchten drei Gruppen von Frauen: unbeschnittene Frauen, Frauen, die vor der Heirat und Frauen, die nach der Heirat beschnitten wurden. Alle beschnittenen Frauen hatten negative sexuelle Erfahrungen, wobei eine Veränderung bei beschnittenen Frauen nach der Heirat hinsichtlich Verlangens, Erregung und Befriedigung nachgewiesen werden konnte.

Aus beiden Studien geht nicht hervor, welchen Typ von FGM/C die Frauen erfahren haben. Tatsache ist, dass viele Frauen, die infibuliert wurden häufiger Störungen in ihrem sexuellen Erleben haben, als jene, die unbeschnitten sind oder andere Beschneidungsarten erfahren haben. Dennoch können Frauen ungeachtet der Form sexuelle Erfüllung erfahren, denn Sexualität ist in anderen Kulturen nicht notwendigerweise organzentriert. (Asefaw 2008) Im Zuge dessen basieren die Beschreibung von sexuellen Dysfunktionen bei beschnittenen Frauen auf einem westlichen, kulturspezifischen Verständnis von Sexualität und deren Funktion. Forschungen, die sich der Sexualität nach der Beschneidung annehmen, entstanden meist in einem westlichen Kontext. Daher stellt sich die Frage, ob und inwiefern diese anderen, kulturspezifischen Arten und Funktionen sexuellen Erlebens inkludieren. (Asefaw 2008; Johnsdotter 2018b)

Abgesehen davon wissen Frauen, die bereits in jungen Jahren genital beschnitten wurden, oftmals nicht, ob sie einen Verlust diesbezüglich erleiden, da kein Vergleich möglich ist. Dieser kann nur dann gezogen werden, wenn beschnittene Frauen vor und nach der Beschneidung sexuell aktiv waren. (Pastor-Bravo et al. 2020)

Sexuelle Beeinträchtigungen können jedoch auch die Ehepartner*innen betreffen. Je umfangreicher die Beschneidung der Frau erfolgte, desto eher wird das sexuelle Erleben des Ehepartners beeinträchtigt. Tendenziell sind Ehemänner von infibulierten Frauen am häufigsten betroffen. Auf jene Männer, deren Ehefrauen klitoridektomiert wurden hat der Eingriff weniger Einfluss und Ehepartner von unbeschnittenen Frauen sind am wenigsten von sexuellen Störungen betroffen. Männer erleben demnach nicht ausschließlich eine gesteigerte Lust, sondern die Beschneidung beeinträchtigt auch ihr sexuelles Erleben, weshalb sich aufgrund dessen ein Trend hin zu einer Abschaffung unter Männern in der Diaspora abzeichnen lässt. (Asefaw 2008; Gele, Kumar, et al. 2012; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019)

Psychisch

Obwohl die psychischen Probleme von der WHO (2020) lediglich in einem Satz erwähnt wurden, sollen sie in dieser Arbeit den physischen als gleichwertig betrachtet werden. Mögliche psychische Probleme nach der Beschneidung umfassen Depressionen, Angstzustände, Schlafstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und ein geringes Selbstwertgefühl (Andro et al. 2014; Toubia 1993; WHO 2020). Zudem können Frauen die Gefühle von Scham, Verlegenheit, Einsamkeit und Isolation nach Beschneidung ein Leben lang verfolgen (Vloeberghs et al. 2012).

Da die Beschneidung in vielen Fällen von Frauen positiv konnotiert und zum Teil gewollt ist, lässt sich sagen, dass psychische Folgen oft erst im Kontext der Migration entstehen, da sie zuvor möglicherweise nicht mit FGM/C in Verbindung gebracht werden. Im Rahmen der Migration kann die zuvor universell gültige Praxis in Frage gestellt werden. Die Vermutung, dass der gesellschaftliche und kulturelle Kontext einen Schutz gegen psychische Traumata haben könnte, da FGM/C in dem lokalen Kontext positiv gesehen wird, liegt nahe. (Asefaw 2008) Im Zuge dessen lässt sich auf die in westlichen Ländern verbreitete Bezeichnung Verstümmelung verweisen, die klar negativ konnotiert ist. Erst hierdurch kann es, neben den möglichen physischen Konsequenzen, durch die Migration, zu einer Neubewertung des Selbstbildes von beschnittenen Frauen kommen. Darunter fällt das Körperbild, das sexuelle Selbstwertgefühl und möglicherweise auf psychologischer Ebene die sexuelle Funktion von Frauen. (Johnsdotter 2018b)

Die Annahme eines neuen Glaubens- und Wissenssystems erfordert meist eine Änderung der Einstellung, von der eigenen Sichtweise als saubere, ehrenhafte, beschnittene Frau zu

der Wahrnehmung einer verstümmelten Frau, die ihrer Sexualität beraubt wurde und die ein Leben lang mit diversen Konsequenzen leben muss. Diese veränderte Selbstwahrnehmung, deren Verinnerlichung oft schmerzhaft sein kann, widerspricht dem vorangegangenen Bild einer stolzen, beschnittenen, reinen und ehrenhaften Frau und führt im Einwanderungsland möglicherweise zu Scham anstelle von Stolz sowie einer Verschiebung der Wahrnehmung des eigenen Körpers von schön und weiblich zu hässlich und dysfunktional. Die Wahrnehmung von Müttern wandelt sich dahingehend, dass sie ihren Töchtern im Heimatland zu einem erfolgreichen, sicheren Leben verhelfen wollten, während ihnen in westlichen Kontexten die Verletzung der Menschenrechte vorgeworfen wird und eine mögliche Strafverfolgung beziehungsweise Gefängnisstrafe, auch bei *vacation cutting*, droht. (Lien & Schultz 2013; Shahawy et al. 2019)

Die voyeuristischen und plakativen Darstellungen von FGM/C in westlichen Ländern führen zu Stigmatisierung, Stereotypisierung und Diskriminierung. Die einseitigen und eurozentristischen Darstellungen werden den Sichtweisen der Betroffenen nicht gerecht. Die Frauen werden im öffentlichen Diskurs mit dem *exotischen Fremden* verbunden und erfahren dadurch seitens der Mehrheitsgesellschaft Ab- und Ausgrenzung, die Aspekte von Rassismus, Sexismus, *Otherring* und Voyeurismus enthalten. Diese Darstellung als Opfer schadet den Betroffenen jedoch mehr als es vielleicht nützt, denn die soziale Stigmatisierung kann unbeabsichtigt zu schwerwiegenden geistigen Traumata führen, die als *geistige Beschneidung* gesehen werden kann. (Asefaw 2008) Mögliche Folgen beinhalten Gefühle des Identitätsverlusts, mangelhafte Weiblichkeit und limitiertes Sexualvergnügen. Eine Verstärkung hinsichtlich ihrer Weiblichkeit erfahren beschnittene Mädchen und Frauen durch die wachsende Tendenz von Männern in Diasporagemeinschaften, die zumal vermehrt Gegner von FGM/C sind und unbeschnittene Ehefrauen bevorzugen. Beschnittene, unverheiratete Frauen sind hier einer doppelten Belastung ausgesetzt, da sie zum einen von westlichen, öffentlichen Diskursen in Einwanderungsländern als verstümmelt und sexuell unfähig eingestuft werden, zum anderen werden sie teilweise von Männern aus praktizierenden Herkunftsländern, jene aus der der eigenen Community aufgrund ihrer Beschneidung, abgelehnt. (Johnsdotter 2018b)

Frauen in westlichen Ländern sind daher oftmals einer inneren persönlichen Spaltung ausgesetzt, die eine Neubewertung der Identität und der traditionellen Modelle beinhaltet. Die Folge kann sich in einem hybrider Zustand äußern mit dem Gefühl doppelter Zugehörigkeit: Herkunftsland und Aufnahmegesellschaft. (Asefaw 2008; Faraca 2016)

5 Die weibliche Genitalbeschneidung im Migrationskontext

Welche Auswirkungen die Migration auf die Selbstwahrnehmung und die Identität als beschnittene Frau haben kann, wurde zuvor bereits erwähnt. In diesem Kapitel wird nun näher auf den Aspekt der Migration eingegangen. Insbesondere die Einstellungen gegenüber der Praxis, die Faktoren und Aspekte einer möglichen Meinungsänderung, sowie die Rolle der Diaspora finden Erwähnung. Dabei werden primär aktuelle Studien im Zeitraum 2012-2020 verwendet.

5.1 Einstellungen gegenüber FGM/C nach der Migration

Nach Angaben von Vloeberghs et al. (2012) wirkt sich die Migration in westliche Länder auf die Wahrnehmung von FGM/C aus. Die weibliche Beschneidung wird oftmals hinterfragt, wenn erkannt wird, dass FGM/C im Zielland nicht als soziale Norm angesehen wird. Im Zuge dessen erlangen manche Frauen das Wissen, dass nicht alle Frauen auf der Welt beschnitten sind. (Mcneely & De Jong 2016; Villani & Bodenmann 2017)

Hassanen et al. (2019) schätzen, dass 70 % der Frauen und 90 % der männlichen Teilnehmer*innen der Studie vor der Migration nicht über die kulturelle Praxis nachdachten oder diese gar kritisch bewerteten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die weibliche Beschneidung in den praktizierenden Ländern als nahezu universal gilt. In der Studie von Ihring (2015) geben die befragten Frauen an, dass sie bis zur Migration in ein europäisches Land die Beschneidung als Normalität betrachtet haben. Die Reaktionen des Gesundheitspersonals kombiniert mit den negativen Ansichten der Mehrheitsgesellschaft machten ihnen bewusst, dass sie nicht der Norm entsprechen.

Dass diese Normalität auch nach der Migration noch Bestand hat, zeigt die Studie von Upvall et al. (2009). Für die befragten somalischen Frauen mit Fluchterfahrung, die eine Aufenthaltsdauer von 11 bis 27 Monaten aufweisen, gilt die Beschneidung als normaler Bestandteil des Lebens einer somalischen Bantu-Frau. Nicht beschnitten zu sein ist für alle Frauen ein fremdes Konzept, und mit Ausnahme einer Frau glaubten alle, dass die Beschneidung sowohl in ihren kulturellen Traditionen als auch im Islam empfohlen wird. Nicht beschnitten zu sein ist unvereinbar mit ihrer Weltanschauung, was es bedeutet, eine Frau zu sein, die rein ist und für die Ehe in Frage kommt. Des Weiteren kannte keine der Frauen eine somalische Frau, die nicht beschnitten war (ebd.). Hierbei sei der Verweis auf Kapitel 3 gemacht, das die Sozialisation und die Lebenswelt erläutert.

Es ist wichtig festzuhalten, dass Veränderungen überall stattfinden können, in den afrikanischen Herkunftsländern ebenso wie im *Westen* (Vissandjée et al. 2003). Frauen gehen der Beschneidung vor deren Durchführung oftmals mit positiven Erwartungen entgegen. Die Gedanken danach umfassen Trauergefühle, Verrat und die Tatsache, dass der Eingriff irreversibel ist. Die Beschneidung wird im sozialen Kontext als positiv wahrgenommen, obwohl die persönliche Erfahrung für die einzelne Frau potentiell schmerzvoll und traumatisierend ist. Dies kann in einer persönlichen Ablehnung der Praxis nach der Beschneidung resultieren. (Isman et al. 2013)

Die Migration in ein westliches Land kann zu dichotomen Sichtweisen führen. Einerseits kann an der Tradition festgehalten werden, um die ethnische, kulturelle Identität und soziale Akzeptanz zu bewahren. Andererseits kann die Migration durch die Akkulturation den Ablehnungsprozess dieser Praxis eröffnen und fördern. (Berry 1997; Mcneely & De Jong 2016; Upvall et al. 2009)

Erstere Gruppe hält nach der Migration an der Praxis fest, da sie ein stabiles Gefühl der kollektiven Zugehörigkeit vermittelt, das besonders durch die Migration Diasporagemeinschaften stärkt und dem Verlust der eigenen Wurzeln entgegenwirkt. Der Kontext der Immigration umfasst oftmals Unsicherheiten und Gefühle des Fremd-Seins. Die Tatsache, dass Menschen, vor allem Geflüchtete, ihr Heimatland oft ausschließlich mit ihrer Identität verlassen und möglicherweise mit rassistischen Erfahrungen im Einwanderungsland konfrontiert werden, führt dazu, dass sie sich an alten, anerkannten Werten orientieren. Dies bietet Halt und Zugehörigkeitsgefühl und ermöglicht es, trotz geographischer Distanz, die Zugehörigkeit zur Gesellschaft im Herkunftsland nicht zu verlieren, sich der eigenen Identität zu vergewissern und sich möglicherweise von der Mehrheitsgesellschaft abgrenzen zu können. Dabei können rassistische Kritik gegenüber FGM/C seitens der Mehrheitsgesellschaft oder kulturelle Unterschiede zwischen der Einwanderungsgesellschaft und der eigenen, wie beispielsweise die Geschlechterrollen, dazu beitragen, dass Migrant*innen die Kultur des Einwanderungslandes ablehnen und es vorziehen, die Identität ihrer eigenen Kultur aufrechtzuerhalten. (Gallego & López 2010; Norman et al. 2009; Ras-Work 2000 zit. in Maier 2003; Upvall et al. 2009; Vissandjée et al. 2003) Die Befürwortung der Praxis scheint auch mit dem Traum von der Rückkehr in das jeweilige Herkunftsland einherzugehen, in dem FGM/C universell und als Voraussetzung für die Heirat gesehen wird (Johansen 2006). Demgegenüber kann der Migrationskontext zu einer Neubewertung führen, die darin resultieren kann, dass FGM/C

als Gewaltform und Unterdrückung wahrgenommen wird. Die Migration in ein westliches Land kann einen kulturellen Wandel mit sich bringen. Dieser variiert je nach der Überzeugung im Herkunftsland, aber auch je nach Grad der Akkulturation im Einwanderungsland. (Berry 1997; Faraca 2016) Wenn dieses gesellschaftliche System beziehungsweise die Lebenswelt – im Rahmen der Migration in ein westliches Land – verlassen wird, kommt es bei der Mehrheit zu einer veränderten, meist ablehnenden Einstellung (Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019; Villani & Bodenmann 2017; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019). Gemäß Mackie (1996) handelt es sich bei dem Einstellungswandel gegenüber FGM/C um das Ausbrechen aus einer Glaubensfalle (*Belief trap*). Die Migration – vereinfacht gesagt – bietet eine Möglichkeit, neue Konzepte und Werte kennenzulernen und kulturelle Normen, Überzeugungen und Verhaltensregeln im Herkunftsland zu identifizieren, vergleichen, reflektieren und in Frage zu stellen. Dies belegen Studien wie Behrendt 2010; Farina et al. 2016; Gele, Johansen, et al. 2012; Hassanen et al. 2019; Johnsdotter & Essén 2016; Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019; Villani & Bodenmann 2017; Vogt et al. 2017; Wahlberg et al. 2017.

Obwohl sich die Mehrheit der Frauen und Männer mit Migrationserfahrung gegen FGM/C aussprechen, zeichnet sich in einigen Studien eine Minorität ab, die die Praxis beziehungsweise einzelne Typen befürwortet, wobei mildere Formen (Typ I & IV) tendenziell eher Zuspruch finden (Mcneely & De Jong 2016; Villani & Bodenmann 2017).

Die Einstellungen hinsichtlich der Beschneidungspraktik können sich in vereinfachter Form wie folgt darstellen lassen (siehe Tabelle 5). Dabei soll auf die Einstellungsvarianten und damit auf die Komplexität und Vielfalt aufmerksam gemacht werden. Ferner gilt es zu beachten, dass es auch vor und nach der Migration zu mehrfachen Einstellungsänderungen kommen kann. Die unidirektionale Darstellung wurde hierbei gewählt, da in dieser Arbeit primär die Einstellung beziehungsweise Einstellungsänderung nach der Migration im Fokus steht. Abgesehen davon gilt es zu berücksichtigen, dass oftmals keine klare Einstellung vertreten werden kann, da die Praxis unhinterfragt tradiert wird.

Tabelle 5: Vereinfachte Darstellung der Einstellungsvarianten gegenüber FGM/C vor und nach der Migration, positiv - Befürwortung, negativ - Ablehnung, neutral - Gleichgültigkeit; ambivalent - Zwiespältigkeit, unhinterfragt; eigene Darstellung

vor der Migration		nach der Migration
negativ	→	negativ
negativ	→	positiv
negativ	→	neutral
negativ	→	ambivalent
positiv	→	positiv
positiv	→	negativ
positiv	→	neutral
positiv	→	ambivalent
neutral	→	neutral
neutral	→	negativ
neutral	→	positiv
neutral	→	ambivalent
ambivalent	→	ambivalent
ambivalent	→	negativ
ambivalent	→	positiv
ambivalent	→	neutral
unhinterfragt	→	unhinterfragt
unhinterfragt	→	positiv
unhinterfragt	→	negativ
unhinterfragt	→	ambivalent
unhinterfragt	→	neutral

Die (veränderte) Einstellung, die in dieser Arbeit behandelt wird, geht zumeist von einer unhinterfragten, neutralen, negativen oder positiven Haltung aus. Gegenteiliges – eine negative Ausgangshaltung, die zu einer positiven führt – wurde weder in der gesichteten Literatur noch in der empirischen Studie identifiziert.

Zudem geht oftmals nicht explizit hervor, wie die Ausgangsposition der befragten Personen war, lediglich, dass die Mehrheit der migrierten Personen nach der Migration der Praxis gegenüber negativ eingestellt ist. Dafür bedarf es Querschnittsstudien. Es muss daher darauf hingewiesen werden, dass in dieser Arbeit nicht pauschal von einer positiven Haltung gegenüber der Praxis ausgegangen wird, sondern es auch negative Perspektiven zu der Praxis vor der Migration gibt, die jedoch möglicherweise aufgrund des veränderten

Kontextes erst nach der Migration offen ausgesprochen oder vertreten werden können. (Hassanen et al. 2019; Villani & Bodenmann 2017)

In der Literatur finden sich, neben jenen, die die Tradition unhinterfragt beziehungsweise unwissentlich weiter tradieren, folgende drei Typen in Bezug auf die Einstellung gegenüber FGM/C nach der Migration: Befürworter*innen, Gegner*innen und ambivalente Sichtweisen.

Ablehnung / Befürwortung

In der Studie von Gele, Kumar, et al. (2012) sprach sich die Mehrheit der Teilnehmer*innen gegen alle Arten von FGM/C aus. Dafür wurden folgende Gründe herangezogen: Gesundheitliche Komplikationen, keine religiöse Notwendigkeit, schmerzhaftes Erfahrung und damit zusammenhängende mögliche sexuelle Folgen, sowie das unterstützende soziale Umfeld in Norwegen. Während die meisten Teilnehmerinnen ihre Ablehnung auf die Religion und die Schmerzen bezogen, lehnte die Mehrheit der männlichen Teilnehmer die Praxis ab, weil sie der Ansicht waren, dass der FGM/C die sexuellen Gefühle der Frauen untergräbt. Dennoch gaben zwei der 38 Teilnehmer*innen an, FGM/C aufgrund der Ehre und Würde zu befürworten, wobei die Frau darauf bestand, dass sie ihre Tochter mit der mildesten Form beschneiden lassen würde. Näheres zu dem männlichen Befürworter ist nicht verzeichnet, außer, dass der 24-Jährige seit zwei Jahren in Norwegen lebt.

Die Ergebnisse von Gele, Johansen, et al. (2012) belegen, dass 70 % der Somali in Oslo die Abschaffung aller Formen von FGM/C forderten, verglichen mit 30 % (214), die ihre Fortsetzung unterstützen, wobei die letztere Gruppe ≤ 4 Jahre in Norwegen lebte. Es handelt sich dabei vorwiegend um Männer, von denen 40 % eine beschnittene Ehefrau präferieren. Daher lässt sich vermuten, dass auch die Dauer des Aufenthaltes eine Rolle spielt, denn umso länger Migrant*innen im Aufnahmeland leben, desto eher sprechen sie sich für die Abschaffung von FGM/C aus (Morison et al. 2004; Wahlberg et al. 2017).

Die Studie von Morison et al. (2004) verweist ebenfalls auf Männer, ältere Generationen und jene die erst seit Kurzem im Einwanderungsland sind, bei denen eher traditionelle Ansichten zur weiblichen Beschneidung identifiziert wurden. Dabei handelt es sich teilweise um diejenigen, die geringere Anzeichen sozialer Assimilation zeigen und sich am ehesten für die weibliche Genitalbeschneidung aussprechen.

Die Studie von Behrendt (2010) in Deutschland, die sich qualitativer und quantitativer Methoden bediente, zeigte ebenfalls, dass die Mehrheit der Teilnehmer*innen die weibliche Genitalbeschneidung ablehnte, 3 % befürworteten die Fortsetzung während 16 % ihre Unsicherheit gegenüber der Praxis schilderten. Die qualitative Studie umfasste 91 Teilnehmer*innen, die in Hamburg lebten und aus praktizierenden Ländern stammen. Die quantitativen Erhebungen beinhalteten 1.767 Teilnehmer*innen. Die Befürworter*innen (3 %) der Beschneidung oder jene mit ambivalenten Ansichten waren stärker unter Männern, Muslim*innen und bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau vertreten. Während mehr als die Hälfte keinen Vorteil in der Beschneidung sah, wurde bei 42 % zumindest einer angeführt. Diese Vorteile beinhalten soziale Akzeptanz, bessere Heiratsaussichten und die Reduktion der weiblichen sexuellen Lust.

Die ablehnende Haltung wird von der Studie von Gele et al. (2015) unterstützt, bei der die Mehrheit der Befragten (12 Männer, 12 Frauen) aus Somalia, die teilweise in Norwegen geboren oder dorthin migriert sind, eine negative Einstellung gegenüber FGM/C aufweisen. Dies gilt insbesondere für jene, die in Norwegen geboren sind, da sie in einem anderen sozialen Umfeld aufgewachsen sind und keine direkte Verbindung zu dieser Praxis haben.

Der Aufenthalt in einem westlichen Land gab den Frauen in der Studie von Hassanen et al. (2019) die Möglichkeit, FGM/C zu hinterfragen und abzulehnen, ohne Konsequenzen von ihren Familien oder der Gesellschaften erfahren oder befürchten zu müssen. Anzumerken ist, dass die Folgen einer Ablehnung von FGM/C für eine Frau oftmals weitaus schwerwiegender und weitreichender sind als für einen Mann, da die Ehre einer Familie von der Beschneidung der Frau abhängt. (ebd.) Daher befürworten teilweise mehr Frauen als Männer die Beschneidung, da diese an ihre Identität und die Familienehre gekoppelt ist (Ihring 2015). Der Abschaffungswunsch von FGM/C wird von den Ehemännern (69 %) doppelt so häufig angegeben wie von den beschnittenen Frauen (35 %) (Elgaali et al. 2005). In der Studie von Gele, Johansen, et al. (2012) hingegen befürworten mehr Männer als Frauen die Fortsetzung von FGM/C.

Auch in der Studie von Akinsulure-Smith et al. (2018) sprachen sich alle Teilnehmerinnen aus Gambia, Guinea und Mali, jetzt in New York ansässig, gegen FGM/C aus. Sie verweisen auf gesundheitliche Komplikationen und den möglichen Tod. Zu erwähnen ist, dass sie Familienmitglieder nannten, die FGM/C ebenfalls ablehnten. Darunter fiel die

Großmutter einer Befragten, die als Beschneiderin tätig war, die Praxis jedoch aufgab, da die Beschneidung ein Mädchen beinahe das Leben gekostet hätte.

In der Studie von Johnsdotter et al. (2009) nannten die befragten Frauen und Männer die Erfahrungen in einem neuen Land als Grund für die Änderung ihrer Einstellung zu FGM/C. Dabei wurde eine strikte Ablehnung jeglicher Form von FGM/C, sowie das Fehlen eines Leitmotivs beschrieben, da sie keinen Sinn in der Aufrechterhaltung des Brauchs sehen.

In der Studie von Martell et al. (2020) hingegen gab eine beschnittene Frau an, dass FGM/C fortgesetzt werden sollte, da dies Vorteile in der Sauberkeit, Hygiene und Enthaltbarkeit mit sich bringt. Die Studie unter norwegischen Somalis und Sudanese*innen von Johansen (2016b) zeigt ebenfalls den Stellenwert der Jungfräulichkeit, der mit der Beschneidung einhergeht.

Des Weiteren soll kurz auf die Studie der „Afrikanischen Frauenorganisation“ aus dem Jahr 2000 eingegangen werden, die 250 Frauen und Männer aus praktizierenden Herkunftsländern, in Wien lebend, umfasste. Aus der Studie geht hervor, dass 140 (56 %) der Befragten der Ansicht sind, dass FGM/C abgeschafft werden sollte. Demgegenüber stehen 67 (26,8 %) Befragte, die die Praxis befürworten und für deren Erhalt eintreten. Abgesehen von den beiden primären Gruppen, gaben 22 (8,8 %) an, unentschieden in Bezug auf die Zukunft der Praxis zu sein. Befürworter*innen nannten primär Tradition, Moral der Frauen und das bessere Kontrollverhalten über ihre Sexualität als Rechtfertigung für die Weiterführung der Praxis. Jene, die die Praxis ablehnen, beriefen sich auf gesundheitliche, religiöse, sexuelle und menschenrechtliche Aspekte. (Afrikanische Frauenorganisation 2000)

Typen

In den Studien von Mcneely & De Jong (2016), Shahawy et al. (2019) und Wahlberg et al. (2017) lehnen zwar ebenfalls die Mehrheit die Beschneidung ab, es konnte jedoch festgestellt werden, dass vermehrt Typ I und IV befürwortet und Typ III abgelehnt wurde.

In der Studie von Mcneely & De Jong (2016) waren die Befragten (12 Frauen, 1 Mann aus Somalia) erleichtert, dass die Infibulation nach der Migration aufgegeben werden konnte. Die veränderten Sichtweisen sind auf die Aufklärung über FGM/C, die durch die Migration ermöglicht wurde, sowie das Bewusstsein darüber, dass Typ III kein religiöses Erfordernis darstellt und nicht alle Frauen davon betroffen sind, zurückzuführen. Von den befragten

Frauen waren 11 infibuliert und eine Frau erfuhr den Typ I *Sunna*. Trotz der Tatsache, dass Typ III abgelehnt wird, stellt *Sunna* die bevorzugte Praxis unter den Befragten dar. Einerseits, da es keine Komplikationen gäbe und andererseits, da dieses Verfahren einen Bezug zur Religion aufwies. Sie würden diese Praxis fortsetzen, wenn sie nicht in den USA leben würden. Eine unverheiratete Teilnehmerin äußerte den Wunsch ihre zukünftige Tochter mit dem *Sunna*-Verfahren beschneiden zu lassen, da dies sicherstellt, dass sie ein gutes Mädchen sein wird. *Sunna* beinhaltet jedoch keine Schließung der Vagina und kann somit die Jungfräulichkeit nicht gewährleisten, was den Befragten ein Anliegen war. Weitere Untersuchungen zur Praxis von *Sunna* (Typ I) und möglichen Komplikationen sind daher erforderlich.

Die Studie von Shahawy et al. (2019) zeigt Ähnliches. Die meisten Teilnehmer*innen lehnten die Fortsetzung der Praxis strikt ab und führten ihre veränderte Sichtweise auf persönliche und gesellschaftliche Ansichten, Bildung, Religion und Einwanderung zurück. Trotz der Tatsache, dass sich ein Viertel der Teilnehmer*innen (11/42) gegen Typ III aussprach, da dieser aufgrund der schädlichen Auswirkungen auf die Gesundheit und Sexualität von Frauen inakzeptabel sei, akzeptieren sie jedoch Typ I. Bei diesem handle es sich vergleichsweise um ein geringfügiges Verfahren ohne Langzeitfolgen. Es wurde sogar die Strategie erwähnt, dass transnationale Kampagnen und religiöse Gruppen in ihren Herkunftsländern Typ I gegenüber Typ III fördern, um schwere Formen von FGM/C zu verhindern. Typ I wurde in Verbindung mit dem Islam und dem Propheten Mohammed genannt, was möglicherweise ein Aspekt ist, der die Befürwortung dieses Typs erklärt.

Ebenfalls in der Studie von Guerin (2006) sprachen sich fast alle Frauen für die Legalisierung von Typ I in Neuseeland aus. In der Studie von Johnsdotter & Essén (2016) unterstützen die Befürworter*innen der milderen Form diese, da sie der Ansicht sind *Sunna* richte keinerlei Schaden an. Zudem nannten die Befragten von Johansen (2016a) entweder den Verzicht der Beschneidung oder die mildere Form (*Sunna*) als Lösung, da diese Form nicht als Beschneidung angesehen wird.

Neben Typ I wird auch Typ IV in diversen Studien im Gegensatz zu Typ III bevorzugt. Von der Grundgesamtheit von 648 in Schweden lebenden, somalischen Frauen und Männern sprachen sich 504 (78 %) für die Abschaffung aller Formen aus. 113 (18 %) befürworteten Typ IV (in diesem Fall Stechen) und 27 (4 %) präferierten die Fortsetzung umfangreicherer Formen von FGM/C. (Wahlberg et al. 2017)

In der Studie von Wahlberg et al. (2017) zählte ein Drittel der Befragten die vierte Form gemäß der WHO nicht zu FGM/C. Obwohl die Befragten (91 %) darüber in Kenntnis gesetzt waren, dass alle Formen von FGM/C in Schweden illegal sind, befürworteten sie diese Praxis, da sie innerhalb ihrer Religion akzeptiert sei (18 %), es keine langfristigen gesundheitlichen Folgen gäbe (50 %), es keine Verletzung der Kinderrechte sei (33 %) und in Bezug auf eine respektable, unverheiratete Frau zumindest diese Form der Beschneidung vollzogen werden sollte (11 %). Jene, die die Beibehaltung und die Fortführung des Typ IV eher befürworteten, waren älter, stammten aus ländlichen Regionen und hatten eine vergleichsweise kurze Aufenthaltsdauer (< 2 Jahre) in dem Einwanderungsland im Vergleich zu jüngeren, aus städtischen Gebieten stammenden Somalis, die seit 15 Jahren oder länger in Schweden leben.

Die Migration in ein westliches Land stellt zugewanderte Personen vor die Herausforderung, ein Gleichgewicht zwischen ihrer alten Kultur und der neuen Kultur zu finden. Zum einen sind Migrant*innen im Aufnahmeland mit unterschiedlichen Werten und Normen konfrontiert, die sie möglicherweise annehmen wollen, da sie dort leben. Zum anderen beachten viele dabei nicht zu westlich zu werden und sehen beispielsweise die Ausübung von Typ IV als mildere Praxis als eine Möglichkeit, wie sich die alte und neue Kultur miteinander vereinbaren lassen. Die Werte, die Typ IV zugeschrieben werden, sind jedoch bei den anderen extensiveren Formen ebenfalls zu finden. Daher kann vermutet werden, dass die Werte, die FGM/C beinhaltet, unverändert bleiben, während sich die Einstellung darüber, welche Art der Beschneidung durchgeführt wird, ändert. (Wahlberg et al. 2017; Wahlberg, Essén, et al. 2019)

Ambivalenz

In Bezug auf die Einstellung gegenüber FGM/C stellten Studien, wie jene von Isman et al. (2013) und Johansen (2016b) einen begrenzten Perspektivwechsel fest. Einige Teilnehmer gaben an, dass sie sich der Praxis gegenüber ambivalent fühlen (ebd.).

Trotz positiver Sichtweise existieren hindernde Faktoren wie die Gesetzgebung, die als Barriere angesehen wird. Dies zeigt die Studie von Faraca (2016), die nigerianische Frauen, die in Italien einen Asylantrag stellten, befragte. Es wurde nicht angeführt, wie lange diese Frauen bereits in dem Land leben beziehungsweise in welchem Stadium des Asylverfahrens sie sich befinden. Die positive Einstellung gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung hat sich unter den Frauen durch die Migration jedoch nicht geändert.

Die Ausübung der Praxis in Italien sei ihnen dennoch aufgrund der Gesetzgebung nicht möglich. Insbesondere das Risiko eines negativen Asylbescheids wurde erwähnt. Die Gesetzgebung in Italien hat eine Distanzierung von der Praxis erwirkt, obwohl eine positive Einstellung gegenüber der Praxis besteht. In Nigeria würden die Betroffenen die weibliche Genitalbeschneidung womöglich weiterhin praktizieren. Ebenfalls in der Studie von Koukoui et al. (2017) befürworteten 2 von 13 Müttern die Beschneidung, praktizierten sie jedoch nicht, da sie Angst vor rechtlichen Konsequenzen hatten. Die quantitative Studie von Elgaali et al. (2005) hingegen widerlegt dies und zeigt auf, dass auch nach der Einwanderung die Gefahr einer Beschneidung besteht. Die Ergebnisse zeigen, dass 19 % der Töchter nach der Immigration in Skandinavien mit dem FGM/C Typ I beschnitten wurden.

Die Ambivalenz gegenüber der Praxis zeigt sich auch in der Studie von Isman et al. (2013). Die befragten Frauen (8), die zum Teil selbst betroffen sind, lehnten FGM/C einerseits aufgrund der negativen Auswirkungen auf die Gesundheit ab, erkannten aber andererseits die positiven kulturellen Werte der Tradition an. Die Studie zeigt, dass FGM/C ein wichtiges Symbol für die eigene Kultur der eingewanderten Frauen darstellt und auch als eine Möglichkeit betrachtet wird, diese Kultur zu erhalten, insbesondere wenn sie in einer anderen Kultur leben.

Die Studie von Johansen (2016a) über FGM/C unter somalischen Frauen und Männern in Norwegen zeigte, dass die meisten, die begonnen hatten, die Praxis zu hinterfragen, der Praxis ambivalent gegenüber stehen. Zum einen, da sie den Wunsch hegen, Schmerz und Gefahren der Beschneidung zu vermeiden. Zum anderen besteht der soziale Druck die Tradition aufrechtzuerhalten, die eng mit der weiblichen Moral und der somalischen Identität verknüpft ist.

Die Aufrechterhaltung der Werte als fokaler Aspekt ist in der Studie von Johansen (2016b) erörtert. Obwohl die Studienteilnehmer*innen eine negative Einstellung gegenüber der Infibulation hatten, stellte die Studie fest, dass die kulturellen Bedeutungen der Praxis und die soziokulturellen Normen der Jungfräulichkeit nach der Migration weiterhin in der somalischen und sudanesischen Bevölkerung in Norwegen bestand, was die Akzeptanz vorehelicher Deinfibulation verhinderte.

Dies zeigt, dass das Zugehörigkeitsgefühl der Menschen nicht an bestimmte Räume und Territorien gebunden ist, wie es die containerräumliche Vorstellung annimmt. Stattdessen

zeigt die Bewegung in „*transnationalen, sozialen Räumen*“, dass Menschen gleichzeitig mehreren, unterschiedlichen Gesellschaften angehören können. (Freytag 2016: 85)

Zwischenfazit

In den Studien wurden tendenzielle Zusammenhänge zwischen Aufenthaltsdauer, Alter, Geschlecht, Religion, Bildung und der Einstellung gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung erläutert. Die Ergebnisse belegen, dass eine Minorität existiert, die FGM/C oder einzelne Typen wie Typ I und IV nach der Migration befürwortet, sie jedoch aufgrund hindernder Faktoren wie der Gesetzgebung nicht praktizieren kann oder will. Dies bestätigen Aussagen, die darauf hinweisen, dass FGM/C bei Töchtern praktiziert werden würde, wenn die Familie noch im Herkunftsland wäre. Festzuhalten ist zudem, dass eine positive Einstellung nicht automatisch mit einer Beschneidung einhergeht (Einstellung $\neq$ Verhalten). Dennoch ist belegt, dass die Mehrheit der Migrant*innen nach der Migration eine ablehnende Einstellung gegenüber FGM/C einnimmt. (Faraca 2016; Gele, Kumar, et al. 2012; Mcneely & De Jong 2016)

5.2 Faktoren der Meinungsänderung

Eine Änderung der Einstellung gegenüber FGM/C nach der Migration lässt sich auf multikausale Faktoren zurückführen, die einander bedingen können. Ferner handelt es sich dabei auch um Faktoren, die teilweise auch in Herkunftsländern Einzug finden und dort zu veränderten Einstellungen führen können.

Die Veränderung lässt sich auf der persönlichen Ebene und auf der Mesebene (Communitys) finden. Es handelt sich bei folgender Aufzählung um einen Ausschnitt von Faktoren, die im Kontext der Migration in der gesichteten Literatur primär genannt wurden. Es gilt zu berücksichtigen, dass es wesentlich mehr – auch persönliche – Faktoren der Meinungsänderung gibt.

Die Einstellung gegenüber FGM/C nach der Migration hängt tendenziell mit Faktoren wie Alter, Bildung, Aufenthaltsdauer in einem westlichen Land sowie der städtischen oder peripheren Herkunftsregion zusammen (Gele, Kumar, et al. 2012; Mcneely & De Jong 2016; Morison et al. 2004; Shahawy et al. 2019; Wahlberg et al. 2017). Die Studie von Koukkula et al. (2016) verweist darauf, dass fehlende Bildung und ein höheres Alter signifikant mit FGM/C in Verbindung gebracht werden, ebenso wie der Aspekt der Eheschließung. 27 % jener Mädchen in Burkina Faso, deren Mütter keine Bildung erhielten

wurden beschnitten, im Gegensatz zu Müttern mit einem höheren Bildungsgrad, deren Beschneidungswert der Töchter bei 0 lag (Liang et al. 2016: 21). Diese Tatsache belegen mehrere Studien, wie jene von Catania et al. (2016); Koukkula et al. (2016); Mcneely & De Jong (2016), die darauf verweisen, dass sowohl bei Frauen, als auch bei Männern die Ablehnung gegenüber FGM/C mit einem höheren Bildungsgrad steigt. Somit stellen die soziodemografischen Faktoren Bildung, Familienstand und höheres Alter wichtige Faktoren in Zusammenhang mit FGM/C dar. In diesem Kontext soll auf die Migrationsselektionshypothese (*Migration Selection Hypothesis*) verwiesen werden. Diese besagt, dass diejenigen, die migrieren, tendenziell wohlhabender und gebildeter sind und aus städtischen Gebieten stammen. Dabei handelt es sich um Faktoren, die mit einer geringeren Unterstützung für FGM/C einhergehen. (Ortensi et al. 2015)

Auch das Alter bei der Immigration spielt eine Rolle. Die Hälfte der Männer, die im Alter von 11 Jahren oder älter immigrierten, sprachen sich für eine beschnittene Ehefrau aus, im Gegensatz zu weniger als einem Viertel, die unter 11 Jahren nach Großbritannien kamen. Jüngere, alleinstehende Somalier, die innerhalb der ersten 11 Lebensjahre nach Großbritannien migriert sind, erfuhren bereits eine stärkere Sozialisierung in Großbritannien, was zu einer geringeren Nachfrage nach einer beschnittenen Ehefrau und einer geringeren Absicht, Töchter beschneiden zu lassen, führte. (Morison et al. 2004) Demnach existiert eine asymmetrische Akkulturation, die zweifellos durch das Bildungssystem erleichtert wird. Jüngere Generationen nehmen die Kultur des Einwanderungslandes schneller an und neigen eher zu einem Frauenbild, das dem kulturellen Kontext des Einwanderungslandes angepasst ist. (Vissandjée et al. 2003)

Ebenfalls lässt sich die Annahme, eine längere Aufenthaltsdauer in dem Einwanderungsland gehe mit einer Ablehnung der Praxis einher, in der Literatur finden (Gele, Kumar, et al. 2012; Morison et al. 2004). In der Studie von Gele et al. (2015) befürworteten zwei Männer, die etwas mehr als ein Jahr in Norwegen leben, die Fortsetzung der Praxis. Dies ist im Einklang mit den Erkenntnissen von Gele, Kumar, et al. (2012), die zeigen, dass die Mehrheit der neu angekommenen Einwanderer*innen eine positive Einstellung gegenüber FGM/C hatte und ein Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer in Norwegen und negativen Einstellungen zu FGM/C festgestellt werden konnte. Dies wird jedoch von Shahawy et al. (2019) widerlegt, da auch Migrant*innen mit kürzerer Aufenthaltsdauer in den USA (≤ 5 Jahre), unabhängig von ihrem Alter keine traditionellen Ansichten hatten und alle eine negative Einstellung gegenüber FGM/C teilten.

Ein weiterer Faktor, der die Ansichten von Frauen gegenüber FGM/C beeinflusst, ist die Form von FGM/C, die sie selbst erfahren haben. Studien zeigen, dass Frauen, die die mildeste Form von FGM/C erlebt haben (Typ I), eher geneigt sind, diese an ihren Töchtern durchzuführen. Da sie nur minimales Leid ertragen haben, sehen sie keinen Grund, die Praxis zu beenden. (Guerin et al. 2006) Sie sprechen sich gegen die schwerste Form aus, befürworten jedoch die geringere, um einen Teil ihrer Kultur zu bewahren (Shell-Duncan et al. 2011). Auf der anderen Seite sind Frauen, die eine schwerere Form, wie Typ III erfahren haben, eher dazu geneigt, die Praxis gänzlich abzulehnen (Elamin & Mason-Jones 2019). Es lässt sich somit sagen, dass bei der Praktizierung von FGM/C der FGM/C-Status und das Beschneidungsausmaß eine Rolle spielt. Beschnittene Mütter sind zehnmal eher gewillt ihre Töchter beschneiden zu lassen als unbeschnittene. (Liang et al. 2016) Dennoch gaben in der Studie von Chu & Akinsulure-Smith (2016) sowohl beschnittene als auch unbeschnittene Frauen Widerstand gegenüber der Praxis an.

Obwohl die Praxis in allen Religionen praktiziert wird zeigt die Studie von Behrendt (2010), dass der Prozentsatz von Muslim*innen aus praktizierenden Familien mit 68 % höher ist als von Christ*innen aus praktizierenden Familien (22 %). Dies lässt Annahme zu, dass die Praxis eher unter Muslim*innen vertreten ist, da häufig der Glaube verbreitet ist, die Beschneidung sei eine religiöse (islamische) Erfordernis (UNICEF 2020c, 2020a).

Tatsache ist, dass sich die Sichtweisen gegenüber FGM/C ändern. Dies ist in Diasporagemeinschaften in westlichen Ländern stärker ausgeprägt als in den Herkunftsländern, in denen noch an der Tradition festgehalten wird. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Migrant*innen außerhalb ihres ursprünglichen, gesellschaftlichen Umfeldes leben. (Asefaw 2008; Elamin & Mason-Jones 2019; Faraca 2016; Shahawy et al. 2019)

Zusätzlich zu den unterschiedlichen, variierenden Ansichten in den Herkunftsländern und Diasporagemeinschaften, gilt es im Hinterkopf zu behalten, dass nicht alle Migrant*innen dieselben Einstellungen hinsichtlich FGM/C teilen und sich diese auch von der Einstellung anderer Migrant*innen des gleichen Herkunftslandes unterscheidet. (Vogt et al. 2017)

Als weitere Faktoren der Meinungsänderung können Migration, Akkulturation, Medien, Religion und Gesetzgebung gesehen werden, die sich teilweise überschneiden und bedingen. Die Aspekte wurden zwar separiert angeführt sind jedoch stets im Migrationskontext zu sehen.

Migration

Die Migration kann als Chance aber auch als Einschnitt erlebt werden, je nach den positiven oder negativen Erfahrungen, die gemacht wurden (Ihring 2015). Die Migration selbst kann als wichtiger Faktor für die Veränderung der persönlichen Einstellung und jener der gesamten Diasporamitglieder gesehen werden (Shahawy et al. 2019). Sie bietet die emanzipatorische Erfahrung, in der sich möglicherweise eine transnationale Denkweise entwickelt mit der Ambivalenz zwischen alten und neuen Ansichten (Villani & Bodenmann 2017).

Die Migration spielt auch innerhalb des praktizierenden Landes eine Rolle, denn in Regionen Somalias ist die Art und Häufigkeit von FGM/C auf den Wohnort zurückzuführen und nicht auf den Geburtsort der Eltern. Zum Beispiel übernahmen Menschen, die aus Nordsomalia, wo Infibulation üblich war, in südliche Regionen, in denen die mildereren Formen der Beschneidung vorherrschten, die für ihren neuen Wohnsitz übliche Praxis. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass die Praxis in westlichen Ländern aufgegeben werden könnte. (Grassivaro Gallo & Abdisamed 1985) Dies ist besonders bei jenen unbeschnittenen Generationen der Fall, deren Eltern in einem westlichen Land geboren oder aufgewachsen sind, da sie möglicherweise keinem sozialen Druck ausgesetzt sind und auch keinen Grund haben, ihre Töchter beschneiden zu lassen (Gele, Johansen, et al. 2012).

Zudem stellen Zwischenaufenthaltssorte während der Migration oder Flucht eine wichtige Rolle dar, wie Mcneely & De Jong (2016) erwähnen. Im Gegensatz zu der Studie von Gele, Kumar, et al. (2012), wo sich die Perspektiven mit der Ankunft in Norwegen änderten, zeigt die Studie von Mcneely & De Jong (2016), dass die veränderte Perspektive bereits vor der Ankunft in dem zweiten Land, in diesem Fall Äthiopien, auftraten. Geflüchtete lebten – vor der Ankunft in den USA – in Fluchtunterkünften in Äthiopien. Dort wurden sie bezüglich FGM/C von ansässigen NGOs aufgeklärt, unter anderem über die Komplikationen und die Vorteile, die ein Leben ohne Beschneidung mit sich bringt. Dies führte bei den Befragten zu einer veränderten Sichtweise, sowie der Infragestellung und Ablehnung der schwersten Form, der Infibulation (Typ III). Dies lässt sich jedoch nicht pauschalisieren, da andere Teilnehmer*innen während ihres Zwischenaufenthalts in Ägypten und Kenia keine Aufklärung zu FGM/C erhielten. (ebd.)

In der Studie von Hernlund & Shell-Duncan (2007) in Gambia und Senegal hatte ein wesentlicher Teil der befragten Familien mindestens ein Mitglied, das im Ausland lebt, sowie regelmäßige Besuche von jenen aus der Diaspora. Die Auswirkung dieses regelmäßigen Austausches scheint jedoch kein ausschlaggebender Faktor in Bezug auf die Einstellung gegenüber FGM/C zu sein. Es konnte jedoch exemplarisch festgestellt werden, dass Personen durch das veränderte Migrationsumfeld, sowie durch eigene Erfahrungen oder jener, die andere erlebten, beeinflusst werden. Dazu zählen unter anderem die Gesetzgebung, Bildung, Bewusstsein und Exposition.

Akkulturation

Eine ablehnende Einstellung seitens Frauen und Männern in der Diaspora kann im Rahmen des Akkulturationsprozesses beobachtet werden (Berry 1997). Da die weibliche Genitalbeschneidung in Herkunftskontexten oftmals die wirtschaftliche Sicherheit der Tochter gewährleisten soll und in diesem Zusammenhang das Beste für die eigenen Kinder angestrebt wird, bietet ein neuer soziokultureller Kontext auch neue Möglichkeiten. Die Tatsache, dass unbeschnittene Frauen in westlichen Ländern sowohl von der Mehrheitsgesellschaft als auch teilweise von Männern der eigenen Community präferiert werden, bedeutet, dass die Beschneidung Nachteile mit sich bringt und mit keinerlei Status verbunden ist. Im Gegenteil, je stärker Unbeschnitten-Sein unter Migrant*innen als prestigeträchtig angesehen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Einstellung und die Praxis an sich verändert. (Gele, Johansen, et al. 2012; Gele, Kumar, et al. 2012)

Des Weiteren schwindet die Angst und der Druck, dass Töchter nicht verheiratet werden könnten, da Männer in der Diaspora im *Westen* unbeschnittene Frauen akzeptieren beziehungsweise präferieren (Johnsdotter & Essén 2016). Das Leben für Frauen aus praktizierenden Herkunftsländern in der Diaspora definiert sich zumeist nicht länger über die Ehe, sondern durch die Stärkung von Frauen, Bildung und Unabhängigkeit (Elamin & Mason-Jones 2019; Upvall et al. 2009). Da der soziale Druck oftmals geringer oder nicht vorhanden ist, fällt es leichter sich gegen die Praxis auszusprechen. Dies ist unter anderem auf die Familiengröße beziehungsweise das Familiennetzwerk zurückzuführen, dass nach der Migration tendenziell kleiner ist und mit veränderten Machtstrukturen in Familienhaushalten einhergeht. (Hassanen et al. 2019; Norman et al. 2009; Vissandjée et al. 2003)

Im Zusammenhang damit verringert sich das Risiko als unbeschnittene Frau Stigmatisierung oder Ausgrenzung zu erfahren, da die Frauen in einer Umgebung leben, in denen die meisten Mädchen und Frauen unbeschnitten sind (Johnsdotter & Essén 2016). Dennoch besteht die Angst vor Ablehnung durch die eigene Community in der Aufnahmegesellschaft. Im Gegensatz dazu erfahren beschnittene Frauen durch die Migration in ein westliches Land, dass diese Praxis kulturell nicht akzeptiert wird. Hier entstehen Schamgefühle, da sie sich selbst möglicherweise als anders wahrnehmen und beginnen, sich als verstümmelte und unvollständige Frau zu fühlen. (Pastor-Bravo et al. 2020)

Aufklärung, Kommunikation & Medien

Eine tragende Rolle bei der Einstellungsveränderung spielen Massenmedien. Dabei kann zwischen Massenmedien im Herkunfts- und jenen im Einwanderungsland unterschieden werden. In der Studie von Wahlberg et al. (2017) haben 54 (9 %) der Befragten in Schweden Informationen über die weibliche Genitalbeschneidung erhalten, wobei die Mehrheit betonte, dass diese Informationen sich gegen alle Formen von FGM/C richteten. Im Vergleich dazu erhielten 138 (22 %) Informationen zu FGM/C über somalische Massenmedien. Diese Inhalte hingegen zeigen ein positives Bild des Stechens (Typ IV), sodass dies zu einer Befürwortung dieser Form führen kann, während andere Formen in den gesichteten, somalischen Medien abgelehnt wurden.

Medienberichte spielen eine wichtige Rolle, da sie als weitverbreitete Informationsquelle unter Migrant*innengruppen angeführt wird. Diese können die Wahrnehmung jener beeinträchtigen, die sich über die Beschneidung der eigenen Töchter unsicher sind. Die Motivation FGM/C in der Diaspora fortführen oder beenden zu wollen, hängt möglicherweise mit der wahrgenommenen Präferenz anderer Disporamitglieder der eigenen Community zusammen. Dies bestätigt die Studie von Wahlberg, Johnsdotter, et al. (2019), die zeigt welchen Einfluss wahrgenommene Gruppenmeinungen auf die Einstellung zu FGM/C auf Einzelne haben kann. Die Neigung schwedischer Somalis, FGM/C zu unterstützen, korreliert mit der Wahrnehmung dessen, was andere schwedische Somalis bevorzugen. Durch solche Medienberichte kann vermittelt werden, dass alle anderen in der Community FGM/C praktizieren, sodass es vielleicht ebenfalls weiterhin praktiziert wird. (ebd.)

Ferner haben auch Gespräche über das Tabu-Thema ein Veränderungspotential. In der Studie von Hassanen et al. (2019) schilderten persönlich betroffene Frauen, dass sie nach der Migration nach Australien, wenn auch zunächst zögerlich, endlich über die Praxis zu sprechen konnten. Dies wäre in ihren Heimatländern nicht möglich gewesen und der kulturelle Druck hätte sie damals in ihren opponierenden Sichtweisen zu FGM/C zum Schweigen gebracht. Dies belegt auch die Studie von Ihring (2015), bei der offene Gespräche über die Beschneidung erst im Einwanderungsland getätigt wurden. Die gesellschaftlichen Strukturen in Somalia hätten dies nicht zugelassen. Durch die Gespräche und Diskussionen über die Beschneidung und deren Auswirkungen konnte ein Prozess der Veränderung und des Umdenkens in Gang gesetzt werden. Dabei wurden die Gespräche und die Informationen, die dadurch gewonnen wurden als zentraler Moment im Prozess des Umdenkens erachtet.

Dies wird von der Studie von Lien & Schultz (2013) belegt, da das Leben in einer FGM/C ablehnenden Umgebung nicht zwingend eine Einstellungsänderung nach sich zieht. Das Erhalten und der Zugang zu Informationen stellt einen wesentlichen Bestandteil der Horizonterweiterung dar. Die effektivste Strategie für Veränderungen sind jene Informationen, die von einer Vertrauensperson mit Autorität erhalten wurde. In dieser Studie wurden die Informationen aus verschiedenen Bildungseinrichtungen, von Seminaren und Konferenzen, von der Arbeit als Dolmetscherinnen in Krankenhäusern und aus Diskussionen unter Familien und Freund*innen bezogen, was dazu führte, dass sich 26 von 46 Frauen für dieses Thema engagieren und aktiv dagegen einsetzten.

Hinsichtlich FGM/C-Aufklärung und Gesprächen ist es notwendig, auch Männer zu inkludieren. In der Studie von Gele, Johansen, et al. (2012) befürworteten mehr Männer als Frauen die Fortsetzung von FGM/C. Dies kann zum einen mit der Aufenthaltsdauer zusammenhängen, die bei den Männern kürzer war, zum anderen könnte es auf die Aufklärungskampagnen zurückzuführen sein, von denen Männer oftmals nicht im gleichen Ausmaß angesprochen werden, da es meist von Frauenorganisationen als Frauenthema behandelt wird. Dies unterstreicht die Studie von Hassanen et al. (2019), bei der Männer FGM/C als Frauenthema betrachteten. Gemäß den befragten Männern fühlen sie sich kulturell von FGM/C ausgeschlossen und distanzieren sich daher.

Religion

Der kulturelle Wandel nach der Migration findet vor allem unter jüngeren Generationen aus städtischen Gebieten statt (Morison et al. 2004; Wahlberg et al. 2017). Dabei spielen religiöse Führer*innen, deren Präsenz in städtischen Gebieten möglicherweise verbreiteter ist als in ländlichen, eine Rolle. Je nach Einstellung der Prediger*innen findet die Aufklärung von FGM/C und deren Ablehnung daher möglicherweise in städtischen Gebieten mehr Einzug als in ländlichen. (Wahlberg et al. 2017) Die Relevanz religiöser Führer*innen wurde auch in der Studie von Mcneely & De Jong (2016) erwähnt, da sich durch das Gespräch mit religiösen Führer*innen in Äthiopien die Sichtweise auf FGM/C eines somalischen Mannes änderte. Ähnliches zeigt die Studie von Shahawy et al. (2019), in der durch Bildung und Migration erkannt wurde, dass FGM/C kein religiöses Erfordernis ist.

In der Studie von Shahawy et al. (2019) geben muslimische Teilnehmer*innen an, dass sie aufgrund der Begegnung mit anderen Muslim*innen, die aus Ländern zugewandert waren, in denen FGM/C nicht praktiziert wurde, eher bereit waren, die religiösen Ursprünge der Praxis zu hinterfragen und letztlich abzulehnen. Die bislang existente Überzeugung, dass es sich bei der Beschneidung um ein religiös obligatorisches Ritual handelt, wurde in der Studie von Johnsdotter & Essén (2016) ebenfalls in Frage gestellt, als Somalis in Schweden arabische Muslim*innen trafen, die ihre Töchter nicht beschneiden ließen.

Die Migrationen bietet daher einen Raum, in dem sich Menschen aus verschiedenen diasporischen Gemeinschaften vernetzen und miteinander interagieren können (Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019). Wahlberg, Essén, et al. (2019) stellten fest, dass die Interaktion mit anderen Muslim*innen in Schweden, die nicht FGM/C, sondern MC praktizieren, dazu führte, das religiöse Erfordernis von FGM/C neu zu bewerten. Das Resultat war eine stärkere Unterstützung von MC.

Gesetzeslage

Die Gesetzeslage in westlichen Ländern kann als Faktor für eine mögliche Einstellungsveränderung gesehen werden. Dies belegen Studien, in denen Befragte die Angst vor rechtlichen Konsequenzen, in Bezug auf die Ausübung beziehungsweise das *vacation cutting* fürchten. (Johnsdotter & Essén 2016)

Das Bewusstsein über die Gesetzgebung war unter den Befragten vieler Studien vorhanden und wurde auch eingehalten, wenn auch teilweise wider Willens (Faraca 2016; Ihring 2015). Eine Frau, die 20 Jahre in Schweden gelebt hatte, erwähnte jedoch, dass sie erst vor zwei oder drei Jahren auf das schwedische Gesetz gegen FGM/C aufmerksam geworden sei (Isman et al. 2013).

Da sich manche Frauen jedoch des Verbots von FGM/C in zahlreichen westlichen Ländern bereits vor der Migration bewusst sind, wird die Beschneidung der Töchter vereinzelt vor der Abreise durchgeführt (Isman et al. 2013; Villani & Bodenmann 2017).

Feststellbar sind unterschiedliche Ansichten in Bezug auf Gesetzgebung gegen die Beschneidung von Mädchen und Frauen. Einerseits waren einige erleichtert über das Gesetz, da ihnen ein guter Grund geboten wurde, die Praxis nicht aufrechtzuerhalten. Auf der anderen Seite empfanden einige das Gesetz als Verletzungen ihres Rechts auf Religionsfreiheit. Die Tatsache, dass es Gesetze gibt, die selbst geringe Formen, wie Typ IV verwehren, während die männliche Beschneidung erlaubt ist, wurde kritisch gesehen, da das Gesetz die Beschneidung von Jungen auf religiöser Ebene ermöglichte, die von Mädchen hingegen nicht. (Wahlberg, Essén, et al. 2019)

Die gesetzliche Strafverfolgung der weiblichen Genitalbeschneidung birgt das Risiko, den geheimen Charakter dieser Praxis zu fördern (Alcaraz et al. 2014). Da es diesbezüglich lediglich Schätzungen gibt, lässt sich vermuten, dass die Illegalität von FGM/C in den Aufnahmeländern einige Mädchen zwar vor FGM/C schützt, aber die Praxis gleichzeitig in den Untergrund getrieben wurde. Daraus resultieren möglicherweise schwerere und schlechtere Ergebnisse der Beschneidung. (Faraca 2016; Mcneely & De Jong 2016)

Gleichzeitig zeigt die Studie von Behrendt (2010) dass Familien, die auf die Beschneidung bestehen, Wege finden, die gesetzliche Lage zu umgehen, indem sie ihre Töchter in ihrem Heimatland oder im Ausland beschneiden lassen. Eine Kontrolle entfällt in den Einwanderungsländern teilweise. Hierbei sei zu erwähnen, dass viele afrikanische Länder zwar Gesetze haben, die Strafverfolgung jedoch nicht umgesetzt und FGM/C somit, wenn auch teilweise geheim, praktiziert wird (Akinsulure-Smith et al. 2018). Auch wenn die Gesetzeslage verhindert, dass FGM/C offiziell ausgeübt werden darf, bedeutet dies nicht automatisch eine veränderte Sichtweise (Faraca 2016).

Zusammenfassend ist ersichtlich, dass ein Wandel bezüglich der Sichtweise auf FGM/C nicht nur ein Moment des plötzlichen Umdenkens nach der Migration ist, sondern ein

Prozess, der auf multikausalen Aspekten beruht und von Dynamik gekennzeichnet ist. Die verschiedenen Arten, Menschen bewusst oder unbewusst zu beeinflussen, lassen sich nicht vollständig erfassen. Das erhöhte Bewusstsein über gesundheitliche Komplikationen, die religiöse Aufklärung, der verringerte soziale Druck durch die praktizierende Gemeinschaft, die soziale Verurteilung der Praktik in der neuen Umgebung, die Einführung von Gesetzen und Strafen, die Massenmedien, der Austausch mit Anhänger*innen des gleichen Glaubens und die veränderten Familienstrukturen zählen zu den möglichen Faktoren, die zu Einstellungsänderung führen können. Diese Faktoren sind es auch, die, aufgrund der veränderten Einstellung unter Migrant*innen, die Bezeichnung der weiblichen Genitalbeschneidung als *Tradition in Transition* popularisieren. (Alcaraz et al. 2014; Elamin & Mason-Jones 2019; Faraca 2016; Hassanen et al. 2019)

5.3 Diaspora

Der Kontakt und die Kommunikation zwischen Diaspora- und Herkunftsgemeinschaften spielen bei der Aufrechterhaltung und der Ablehnung von FGM/C eine wichtige Rolle. Der Druck, der oftmals trotz der Distanz auf migrierte Frauen in westlichen Ländern ausgeübt wird, darf nicht unterschätzt werden. Die Studie von Shahawy et al. (2019) inkludierte erstmals die FGM/C-bezogene Kommunikation zwischen weiblichen und männlichen Mitgliedern der Diaspora in den USA und Verwandten in ihren Herkunftsländern. Generell lassen sich auch diesbezüglich ambivalente Ergebnisse feststellen.

Druck

Das binäre Konzept von *gut* und *schlecht* ist in manchen praktizierenden Gesellschaften stark verankert, sodass dieses auch nach der Migration oft nicht losgelassen werden kann (Gele, Kumar, et al. 2012). Zusätzlich zu der eigenen Neubewertung bisheriger Konzepte kommt der externe Druck die eigenen Töchter oder sich selbst beschneiden zu lassen beziehungsweise sich nach einer Geburt zu reinfibulieren. (Norman et al. 2009).

Diese Erwartungshaltung ist auf Familienmitglieder, die im Westen, sowie jene, die im Herkunftsland leben, zurückzuführen (Asefaw 2008; Berg & Denison 2013). Der Druck, die eigenen Töchter in einem westlichen Land beschneiden zu lassen, beruht unter anderem auf der Furcht vor begrenzten Heiratsmöglichkeiten und dem Ansehen und der Ehre der Familie. Die Druckausübung zeigt die starke Rolle und den Einfluss der eignen Community auch nach der Migration. (Isman et al. 2013; Norman et al. 2009)

Der Druck, FGM/C bei den eigenen Töchtern durchzuführen, resultiert oftmals in der Angst mit ihnen in das Heimatland zu reisen. Die Befürchtung, dass die eigene Tochter, die sich entweder noch im Herkunftsland in der Obhut der eigenen Familie befindet oder bei Besuchen in das Herkunftsland mitreist, beschnitten wird, ist stets vorhanden. Infolgedessen kommt es bei einer Rückreise zu Befürchtungen, mit den jeweiligen Behörden in Konflikt zu geraten, falls die minderjährige Tochter während des Heimatbesuches beschnitten worden wäre. Die Tatsache, dass der Beschneidung möglicherweise nicht zugestimmt wurde, spielt dabei keine Rolle. (Akinsulure-Smith et al. 2018; Isman et al. 2013)

In der Studie von Isman et al. (2013) geben alle Teilnehmerinnen der Studie (8) an, dass sie nach der Einwanderung in Schweden sozialen, anhaltenden Druck verspürten, ihre eigenen Töchter beschneiden zu lassen. Obwohl sie der Überzeugungen waren, ihre Töchter nicht diesem Verfahren zu unterziehen, hegten sie Befürchtungen, bei Urlauben im Heimatland umgestimmt zu werden. Dabei schildern die Befragten auch die Angst, dass Töchter ohne deren Zustimmung beschnitten werden. Es gab auch Frauen, die persönlich Familien kannten, die ihre Töchter im Ausland beschneiden haben lassen. Dabei wurde angenommen, dass dies bei jeder dritten oder vierten Familie, die aus praktizierenden Ländern ausgewandert sind, der Fall sei. Die Praxis des *vacation cutting* ist belegt: Von 220 geflüchtete Frauen, die in Skandinavien leben, wurden 73 bei einem Besuch in ihrer Heimat genital verletzt (Berg & Denison 2013).

Auch die Teilnehmer*innen der Studie von Vissandjée et al. (2003) geben an, dass die Migration nach Kanada die Möglichkeit bietet, der Beschneidung zu entgehen. Dennoch räumte die Mehrheit ein, dass die Beschneidung bei einer Rückkehr in das Herkunftsland an ihren Töchtern durchgeführt werden könnte. Das Verfahren wäre aus Respekt vor der Tradition und insbesondere wegen des sozialen Drucks und der potentiellen Stigmatisierungsgefahr erforderlich.

Neben der Beschneidung im Heimatland können Beschneidungen auch im Ausland, beispielsweise in anderen europäischen Ländern getätigt werden. Es wurde ein Verweis auf London getätigt, wo FGM/C-Beschneidungen vermutet werden. Ebenso sollen in Frankreich und Italien Beschneidungen von praktizierenden Gemeinschaften geheim und organisiert durchgeführt werden. Eine Teilnehmerin aus Guinea verwies auf ihren Bruder, der seine drei Töchter in Paris beschneiden ließ. (Behrendt 2010) Dennoch wurde darauf

hingewiesen, dass es sich dabei eher um eine Ausnahme handelt, da oftmals die finanziellen Ressourcen zu gering sind, um Töchter nach Afrika zu schicken beziehungsweise die Angst vor medizinischen Kontrollen bei der Rückkehr zu groß ist (Behrendt 2010; Isman et al. 2013). Die Frage ist jedoch, ob die Beschneidung in einem europäischen Land in Anspruch genommen werden würde, falls die Kosten für eine Reise nach Afrika zu hoch sind.

Es lässt sich festhalten, dass sich Frauen auch nach der Migration nicht vollständig dem sozialen Beschneidungsdruck entziehen können. Insbesondere, bei einer potentiellen, dauerhaften Rückkehr oder bei einem Heimatbesuch wird der Druck größer. (Faraca 2016; Norman et al. 2009) Der soziale Druck, der sich zwar hauptsächlich, aber nicht ausschließlich auf das Herkunftsland bezieht, zeigt, dass es eine Herausforderung sein kann, die Praxis nach der Migration aufzugeben.

Die Mehrheit der migrierten Frauen in einem westlichen Land verspürt jedoch keinen gesellschaftlichen, sozialen Druck mehr FGM/C weiter zu praktizieren, unter anderem aufgrund der Distanz zum Heimatland (Johnsdotter & Essén 2016; Mcneely & De Jong 2016). In der Studie von Vissandjée et al. (2003), bei der 162 kanadischen Einwander*innen aus praktizierenden Regionen Afrikas befragt wurden, schilderten Befragte den geschwächten Einfluss von Familienmitgliedern in ihrem Herkunftsland aufgrund der Distanz. Für einige Frauen in westlichen Ländern schwindet der kulturelle Druck zur Fortsetzung und sie fühlen sich fähig, ihre Töchter zu schützen. Diesen Schutz hätten sie in ihrem Herkunftsland nicht gewährleisten können. (Ihring 2015; Kahn 2016) Die Entscheidung obliegt daher meist den Eltern, wobei sich Töchter in der Diaspora selbst der Praxis widersetzen können (Morison et al. 2004). Die Annahme, dass der Druck mit den Generationen abflaut, besteht auch hier. Wenn unbeschnittene Generationen, die in einem westlichen Land geboren oder aufgewachsen sind, Eltern werden, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese die Praxis ablehnen werden, da sie zum einen nicht beschnitten wurden und zum anderen dem sozialen Druck, der die Praxis aufrechterhält, nie ausgesetzt waren. (Gele, Johansen, et al. 2012) Gele et al. (2015) stützen diese Annahme, da in ihrer Studie in Norwegen geborene Männer und Frauen mit somalischen Wurzeln die Praxis ablehnten.

Einfluss & Herausforderungen

Die Auswirkung der Diaspora-Gemeinschaften auf die Praxis im Herkunftsland ist gemischt. Während die einen der Ansicht sind, einen starken Einfluss auf die Beschneidungspraktiken bei Verwandten und Freund*innen im Herkunftsland zu haben, sind andere der Meinung, dies derzeit noch nicht behaupten zu können, jedoch glauben, dass sie irgendwann Einfluss haben könnten. Letzteres ist auf diverse Hindernisse zurückzuführen. Da Verwandte und Freund*innen, insbesondere ältere Generationen, in den Herkunftsländern nicht für Ratschläge der Diaspora empfänglich sind, stellt die gewünschte Veränderung eine Herausforderung dar. Dies ist hauptsächlich der Fall, wenn der Aufklärungsversuch aus einer fremden Perspektive, da sie in ein anderes Land migriert sind, erfolgt und daher nicht angenommen wird. Zudem sind manche Mitglieder der Diaspora der Meinung, dass sie nicht dafür geeignet sind, Veränderungen zu bewirken, da sie keine direkten Erfahrungen mit der Praxis haben. Die Teilnehmer*innen der Studie identifizieren ein diasporisches Potential, die Einstellungen gegenüber FGM/C in den Herkunftsgemeinschaften zu beeinflussen, obwohl dies mit klaren Hürden verbunden ist. Dabei wurde vereinzelt auf FGM/C-Kampagnen in den Herkunftsländern verwiesen, die als relevant empfunden werden. Andere wiederum zogen es zunächst nicht in Betracht, wurden durch die Studie jedoch inspiriert und planen Kontakt aufzunehmen und aufzuklären. (Shahawy et al. 2019)

Frauen in der Diaspora spielen eine wichtige Rolle in der Aufrechterhaltung transnationaler Bindungen. Die Verknüpfung von Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft können ökonomisch in Form von finanziellen Rücküberweisungen sein, aber auch sozial oder kulturell. Die beiden letzteren sind hierbei interessant, da Frauen in der Diaspora soziale, kulturelle und emanzipatorische Werte vermitteln können. Frauen können dabei als Akteurinnen bei der Konstruktion weiblicher Identitäten gesehen werden. (Faraca 2016) Hierbei soll auch auf die Rolle der Männer verwiesen werden, die bei der Bekämpfung von FGM/C eine wesentliche und möglicherweise sogar größere Rolle spielt. Männer nehmen als Väter, Ehemänner, Brüder wichtige Rollen ein, die genutzt werden sollten, um FGM/C zu vermeiden und Mädchen und Frauen vor sozialer Ausgrenzung zu schützen. (Catania et al. 2016; Strid & Axelsson 2020; Varol et al. 2015)

Die wechselseitige Beeinflussung zwischen der Diaspora- und der Herkunftsgemeinschaft scheint existent zu sein. Einige Diasporamitglieder sind der Ansicht, dass eine Hürde bei der Abschaffung von FGM/C unter Migrant*innen besteht, die auf den Druck von dem

Herkunftsland zurückzuführen sein könnte. (Gele, Kumar, et al. 2012) Der Druck und der Einfluss zeigen unter anderem das Ausmaß, das die transnationale Kommunikation diesbezüglich einnimmt, wobei nicht die Kommunikation an sich, sondern die Inhalte, die transportiert werden von Bedeutung sind (Gele, Kumar, et al. 2012).

6 Länderspezifische Daten zu FGM/C

Im Folgenden soll zunächst auf die Herkunftsländer der befragten Frauen und anschließend auf den derzeitigen Wohnort der Frauen – Österreich / Wien – näher eingegangen werden. Die Abbildung 9 dient der geographischen Verortung, bei der die jeweiligen Prävalenzzahlen gemäß UNICEF (2020d) angeführt werden.

Die Inhalte decken länderspezifische Informationen zu FGM/C ab, wobei Daten über die weibliche Genitalbeschneidung in den Herkunftsländern überwiegend von NGOs veröffentlicht wurden. Da zahlreiche Datenquellen existieren, wurde versucht, diese abzugleichen. Oftmals waren jedoch die Referenzen zu Datenquellen oder Jahreszahlen nicht ersichtlich, sodass die Datenrichtigkeit der Sekundärdaten nicht garantiert werden kann. Da die Praxis stark zwischen den einzelnen Regionen und Ethnien variiert, ist es nahezu unmöglich, pauschale Aussagen über FGM/C in dem jeweiligen Land zu treffen. Es wird daher versucht, einen Abriss über die Länder und typische wiederkehrende länderbeziehungsweise kontextspezifische Informationen über FGM/C zu liefern.

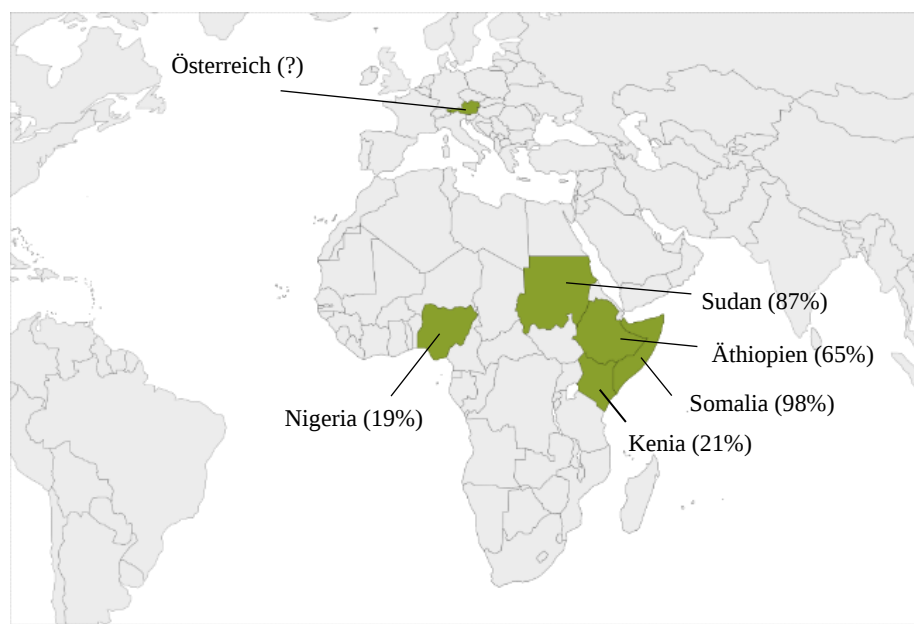


Abbildung 9: Kartenausschnitt, afrikanische Herkunftsländer und deren FGM/C-Prävalenzraten sowie das Einwanderungsland Österreich, DG: simplemaps.com; eigene Darstellung

6.1 Herkunftsländer

Die Herkunftsländer der befragten Frauen in dieser Studie umfassen Äthiopien, Kenia, Nigeria, Somalia und Sudan. Auf diese soll nun näher eingegangen werden, um einen Einblick in die FGM/C-Situation des jeweiligen Landes zu erhalten. Falls die Interviewpartnerinnen die Stadt oder die Region, in der sie aufgewachsen sind, nannten, wurde dies ebenfalls angeführt.

6.1.1 Äthiopien

Die demokratische Republik Äthiopien befindet sich im Nordosten Afrikas. Die Einwohnerzahl für das Jahr 2018 betrug 104.9757.000. (Löchel et al. 2018: 48) Mit einer FGM/C-Prävalenz von 65 % bei Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren und einer Einwohnerzahl von fast 104,5 Millionen (2016), lag Äthiopien 2016 bei der Gesamtzahl der Mädchen und Frauen, die FGM/C erlebt haben, mit 25 Millionen, nach Ägypten (27 Millionen), an zweiter Stelle. (28 Too Many 2017a; Uchenna Mberu & Mberu 2017: 4) Aktuellere Daten konnten diesbezüglich nicht gefunden werden.

Hinsichtlich der geographischen Verteilung der Prävalenzrate weisen besonders die Regionen im Osten mit bis zu 99 % hohe Zahlen auf. Die Interviewpartnerinnen aus Äthiopien stammen aus Städten, die in einer Region liegen, die eine Beschneidungsrate von 51-69 % aufweist. (UNICEF 2020a: 3)

Die Mehrheit der Mädchen und Frauen werden bis zum Alter von 4 Jahren beschnitten, meistens jedoch unter einem Jahr, konkret am 8. Tag nach der Geburt (28 Too Many 2013). Da gemäß der orthodoxen Kirche Jesus am 8. Tag nach der Geburt beschnitten worden ist, orientiert sich die Gemeinschaft vermutlich daran (Orthodoxe Kirche Österreich n.d.). Dies variiert jedoch nach geographischer Lage: Während im Norden die Beschneidung oftmals kurz nach der Geburt erfolgt, wird sie im Süden des Landes durch die Verbindung mit der Ehe in späteren Jahren durchgeführt (28 Too Many 2013).

In Äthiopien sind Typ I und Typ II häufiger vertreten als Typ III. Andere Arten der Beschneidung wiederum lassen sich der WHO-Klassifikation nicht zuordnen. (28 Too Many 2013; Terre des Femmes 2019a) Die Beschneidungen werden in den meisten Fällen von traditionellen Beschneider*innen durchgeführt, die restlichen, vor allem in Städten, von medizinischem Fachpersonal (28 Too Many 2013). Mädchen in ländlichen Gebieten mit geringerem Bildungsgrad sind vermehrt von einer Beschneidung betroffen. Ebenso

zeigt sich, dass im Vergleich der Religionszugehörigkeiten die Praxis zwar unter allen Religionen praktiziert wird, es jedoch eine Tendenz gibt, dass sie in Äthiopien eher unter Muslim*innen verbreitet ist. (UNICEF 2020c, 2020a)

Die Gründe für FGM/C sind: die Achtung der Tradition, die kulturelle Identität, die Unterdrückung der weiblichen Sexualität, die Religion, der Schutz vor Vergewaltigungen, sowie Ästhetik, da die Beschneidung dem lokalen Schönheitsideal entspricht (28 Too Many 2013; Terre des Femmes 2019a).

In Äthiopien steht FGM/C seit 2004 unter Strafe und das im Jahr 2005 erlassene neue Strafgesetzbuch beinhaltet die Ausmaße der Strafe. Die Strafe reicht von drei Monaten bis zu drei Jahren Inhaftierung oder einem Bußgeld von 500 bis 10.000 Bitt (20 bis 40 €). Täter*innen werden jedoch oft begnadigt, sodass bisher keine Strafen verhängt wurden. (28 Too Many 2013: 10; Terre des Femmes 2019a)

In Bezug auf die Abschaffung der Praxis sind 79 % der Mädchen und Frauen im Alter von 15-49 Jahren und 87 % der 15-49-jährigen Jungen und Männer dafür, dass die Praxis aufgegeben werden soll (UNICEF 2020a: 12). Interessant wäre, den Altersrahmen zu erweitern, da meist ältere Frauen für die Aufrechterhaltung der Praxis verantwortlich gemacht werden und diese möglicherweise für die Weiterführung eintreten (Berggren 2005).

In Äthiopien lässt sich ein Abwärtstrend hinsichtlich der FGM/C-Prävalenzrate feststellen: Die Prävalenz bei Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren ist seit den 1970er-Jahren von 9 von 10 auf weniger als 5 von 10 gesunken (UNICEF 2020a: 16). Zwischen 2005 und 2016 sank die Gesamtprävalenz der 15- bis 49-jährigen Frauen von 74,3 % auf 65,2 %. Die niedrigen Prävalenzen bei jungen Frauen weisen darauf hin, dass die Praxis rückläufig ist – wenn auch langsam. (28 Too Many 2017a: 2)

6.1.2 Kenia

Die Republik Kenia liegt im Osten Afrikas, wobei die Landesfläche bei 591.971 km² und die Einwohnerzahl bei 49.700.000 liegt (Löchel et al. 2018: 262). Die Prävalenzrate in Kenia bei Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren beträgt 21 %, wobei die höchste Rate mit bis zu 99 % im Nordosten des Landes vorherrschend ist. Im Westen werden währenddessen Raten von 1 % verzeichnet. In Kenia leben somit rund 4 Millionen Mädchen und Frauen, die FGM/C erlebt haben. (28 Too Many 2017b: 1; UNICEF 2020b: 4)

Die meisten Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 49 wurden zwischen 10 und 14 Jahren beschnitten. Es gibt jedoch auch Regionen, in denen Mädchen später als 15 beschnitten werden. Ungeachtet dessen werden für die Beschneidung mehrheitlich traditionelle Beschneider*innen herangezogen. (ebd.) Die Beschneidungstypen sind vorrangig jene, bei denen geschnitten und Gewebe entfernt wird. Darunter fallen mit 86 % allen voran die Klitoridektomie (Typ I) und die Exzision (Typ II). Die Infibulation (Typ III) stellt einen vergleichsweise geringen Anteil der Beschneidungen in Kenia dar. (Terre des Femmes 2019b; UNICEF 2020b)

FGM/C wird in allen ethnischen Gruppen und Religionen praktiziert, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Die höchsten Prävalenzen finden sich bei muslimischen Frauen (51 %), die niedrigste Prävalenz ist bei Protestant*innen und anderen Christ*innen zu finden (18 %). (28 Too Many 2017b: 1)

Die Begründungen für die Praxis reichen von der Initiation und Tradition über hygienische, ästhetische, religiöse und gesundheitliche Gründe, bis zur Enthaltensamkeit. Zudem gibt es Verweise auf die Voraussetzung zur Heirat, sowie die Erlangung von sozialem und ökonomischem Status der Frau. (Terre des Femmes 2019b) Mädchen und Frauen aus ländlichen Gebieten, meist mittellos, mit keiner oder geringer Schulbesuchsdauer, sowie islamischer Religionszugehörigkeit sind einem höheren Risiko ausgesetzt und gleichzeitig auch jene, die die Praxis weiterhin befürworten (UNICEF 2020b: 5).

Kenia weist eines der umfangreichsten Gesetze gegen FGM/C in Afrika auf. Seit 2011 ist die Durchführung, Vermittlung, sowie Beihilfe und Anstiftung zu allen Formen von FGM/C kriminalisiert. Sowohl medikalisierte Beschneidungen, als auch grenzüberschreitende FGM/C werden nach diesem Gesetz bestraft, wobei es bisher nicht strikt umgesetzt wird. (28 Too Many 2018a)

Die Prävalenz in Kenia scheint tendenziell zu sinken, da diese von 37,6 % im Jahr 1998 auf 21 % im Jahr 2014 gesunken ist. Betrachtet man diese Zahlen genauer, so zeigt sich, dass die Prävalenz für Frauen im Alter von 45 bis 49 Jahren 40,9 % und jene für Mädchen von 15-19 Jahren 11,4 % beträgt. Dies weist auf einen klaren Trend zu geringeren Prävalenzen bei jüngeren Frauen hin. Insgesamt sprechen sich 93% der Mädchen und Frauen (15-49 Jahre) und 89 % der Jungen und Männer (15-49 Jahre) für das Beenden von FGM/C aus. (28 Too Many 2017b: 2)

6.1.3 Nigeria

Die Bundesrepublik Nigeria befindet sich im Westen Afrikas und weist eine Landesfläche von 923.768 km² und eine Einwohnerzahl von 190.886.000 auf (Löchel et al. 2018: 343). In Nigeria wurden ungefähr 20 Millionen Frauen und Mädchen beschnitten. Dies entspricht 10 % der weltweiten Zahl an betroffenen Frauen und Mädchen. Diese Zahl ist darauf zurückzuführen, dass Nigeria zu den bevölkerungsreichsten Ländern der Welt zählt. (28 Too Many 2016)

Gemäß UNICEF (2020d) beträgt die Prävalenzrate für Nigeria 19 %. Die weibliche Genitalbeschneidung in Nigeria variiert je nach geographischer Region, wird jedoch nahezu in allen Gemeinschaften von traditionellen Beschneider*innen durchgeführt. Während im Nordosten FGM/C kaum praktiziert wird, ist die Prävalenz im Süden, Südosten und Südwesten des Landes am höchsten. (28 Too Many 2016; Okeke et al. 2012; Terre des Femmes 2019c) Die Interviewpartnerinnen aus Nigeria stammen aus dem Südwesten mit einer – relativ gesehen – hohen Beschneidungsrate, die nach dem Stand der aktuellsten Quelle von 2020 zwischen 26-50 % beträgt (UNICEF 2020e). Die Daten lassen keine expliziten Aussagen hinsichtlich der Beschneidungsrate in Städten und im peripheren Raum zu, wobei mehr beschnittene Frauen in Städten als in ländlichen Gebieten leben. Die Prävalenzrate ist bei Frauen islamischer Religionszugehörigkeit, die eher im Norden und Nordwesten des Landes ansässig sind, geringer als bei anderen traditionalistischen Religionen. (28 Too Many 2016)

In Bezug auf die Beschneidungsarten werden vorrangig Typ I und Typ II praktiziert. Der Zeitpunkt der Beschneidung ist meist in den ersten fünf Jahren. Die Zeitspanne reicht jedoch vom Säuglingsalter bis zu 15 Jahren (ebd.). Zu den Motiven in Nigeria zählen soziale Akzeptanz, die Wahrung der Jungfräulichkeit, Verhinderung außerehelichen Geschlechtsverkehrs, bessere Heiratschancen, Religion, sowie die Reinigung von Körper und Geist. Oftmals werden Kultur und die Reduktion des weiblichen sexuellen Verlangens als Hauptgründe genannt. (28 Too Many 2016; Mberu 2017)

In Nigeria existiert kein landesweites, einheitliches Gesetz, das FGM/C verbietet. Im Jahr 2015 wurde ein Gesetz über das Verbot von Gewalt gegen Personen erlassen, das jedoch nur in der Hauptstadt-Region gültig ist. Es obliegt somit jedem einzelne der 36 Bundesstaaten, Gesetze gegen FGM/C zu verabschieden. 13 davon haben bereits ähnliche Gesetze, wobei zwischen der Legislative und der Exekutive, sowie der Judikative

Uneinigkeit herrscht. Da zwischen 2008 und 2016/2017 die Gesamtprävalenz der 15- bis 49-jährigen Frauen von 29,6 % auf 19 % sank, zeigt sich auch hier ein Trend zu geringeren Prävalenzen bei jüngeren Frauen. (28 Too Many 2016: 7; Terre des Femmes 2019; UNICEF 2020)

In zahlreichen Studien ist belegt, dass die Mehrheit der Bevölkerung Nigerias eine ablehnende Einstellung gegenüber der weiblichen Beschneidung hegt, wobei in manchen Regionen mehr Frauen für die Abschaffung sind als Männer. Die Umsetzung gestaltet sich aufgrund des soziokulturellen Drucks jedoch als schwierig. (28 Too Many 2016; Terre des Femmes 2019c)

6.1.4 Somalia

Die Landesfläche Somalias ist auf 637.657 km² und die Einwohnerzahl für das Jahr 2018 auf 14.743.00 beziffert, wobei die Mehrheit islamischer Religionszugehörigkeit sind (Löchel et al. 2018: 432). Somalia ist mit 98 % (UNICEF 2020d) das Land mit der höchsten Prävalenzrate weltweit. Hierbei kann kaum eine Unterscheidung bezüglich der geographischen Regionen vorgenommen werden, da die FGM/C über urbane und periphere Gebiete, sowie in nahezu allen Bildungsschichten und Haushalten ungeachtet der ökonomischen Situation vertreten ist. Daher lassen sich keine Aussagen bezüglich der Herkunftsregion der Interviewpartnerinnen treffen. Die meisten Mädchen werden im Alter von 5-9 Jahren beschnitten, wobei dies zumeist von traditionellen Beschneider*innen durchgeführt wird. Die Medikalisierung der Praxis steigt jedoch. (28 Too Many 2017c: 1, 2018b) Ebenfalls etabliert sich ein Trend hin zu milderer Formen wie Typ I, II oder IV, insbesondere in urbanen Regionen (Terre des Femmes 2019d).

In Somalia wird die Mehrheit der Mädchen und Frauen infibuliert (Typ III). Teilweise sind auch die Exzision (Typ II) und die Klitoridektomie (Typ I) vertreten. (28 Too Many 2017c; Terre des Femmes 2019d) Die Gründe für die weibliche Genitalbeschneidung in Somalia sind vielfältig, wobei Religion oft als Hauptgrund genannt wird. Zudem sei FGM/C notwendig, um Mädchen vor unerwünschtem Geschlechtsverkehr zu schützen und ihre Jungfräulichkeit und die damit verbundene Reinheit, die für die Ehe Voraussetzung ist, zu erhalten. Zudem existiert ein starker gesellschaftlicher Druck, sodass die Beschneidung weiterhin praktiziert wird, um die soziale Integration, sowie die ökonomische Sicherheit der Töchter, die durch die Heirat erlangt wird, sicherzustellen. Ästhetische Aspekte spielen ebenfalls eine Rolle, da ein glatter, geschlossener Genitalbereich als schön gilt (ebd.).

In Somalia existiert kein nationales Gesetz, das FGM/C explizit verbietet und bestraft. Obwohl es an aktuellen Daten fehlt, lässt sich sagen, dass die Prävalenzrate nur leicht zurückgeht, was mit einem geringen Wunsch der Abschaffung einhergeht. (28 Too Many 2018b) Die Unterstützung für die Beibehaltung von FGM/C bei Frauen im Alter von 15-49 Jahren in Somalia und Somaliland ist hoch (76,4 %) und sie ist stärker als im Jahr 2006 (64,5 %)(28 Too Many 2021a: 2).

Die nahezu gleichbleibende Prävalenzrate lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass die Mehrheit der Frauen keinen Zugang zu Massenmedien (Zeitungen, Radio, Fernsehen) haben. Zudem spielt die niedrige Alphabetisierungsrate eine Rolle. Auch die Tatsache, dass sich das Land seit 1991 im Bürgerkrieg befindet lässt kaum Aufklärungskampagnen vor Ort zu, wodurch die Praxis möglicherweise unhinterfragt Bestand hat. (28 Too Many 2018b, 2021a; Terre des Femmes 2019d)

6.1.5 Sudan

Die Republik Sudan liegt im Nordosten Afrikas und hatte 2018 ungefähr 40.533.000 Einwohner*innen (Löchel et al. 2018: 447). Die FGM/C-Prävalenz im Sudan zählt mit 87 % zu den höchsten weltweit. Es wird geschätzt, dass mehr als 12 Millionen Mädchen und Frauen zwischen 15 und 49 Jahren beschnitten sind. (28 Too Many 2019: 12)

Die Altersspanne für die Beschneidungen im Sudan liegt zwischen 5 und 9 Jahren, wobei Typ III, neben Typ I und Typ II am weitesten verbreitet sind. Vereinzelt finden auch Beschneidungen vor oder nach der genannten Altersspanne statt. Die höchste Prävalenzrate findet sich im Nordwesten. Viele Beschneidungen werden durch eine ausgebildete Hebamme durchgeführt, während jene Beschneidungen unter 5 Jahren eher von traditionellen Beschneider*innen durchgeführt werden. Dies weist darauf hin, dass FGM/C in Teilen des Sudans medikalisiert wurde. (28 Too Many 2019) FGM/C wird im Sudan hauptsächlich praktiziert, um Reinheit, Sauberkeit und Hygiene, Akzeptanz innerhalb der Gruppe und die Verringerung des sexuellen Verlangens zu garantieren. Auch die Heiratsfähigkeit eines Mädchens wird als Motivation genannt. (ebd.)

Die nationale Kriminalisierung von FGM/C ist im Sudan am 22. April 2020 mit der Änderung des Artikels 141 im Strafgesetz in Kraft getreten. Zuvor gab es einzelne Bundesstaaten im Sudan, die eigene Gesetz verabschiedet haben. Diese konnten jedoch kaum durchgesetzt werden. Inwieweit das Gesetz von 2020 Einfluss auf die Prävalenzrate hat, gilt es abzuwarten. (28 Too Many 2021b)

Im Vergleich zu älteren Frauen lässt sich sagen, dass weniger jüngere Mädchen beschnitten worden sind, sodass ebenfalls ein Trend hin zu geringeren Prävalenzen unter jüngere Frauen ersichtlich ist (ebd. 2019).

6.1.6 Zusammenfassung

Bis auf Somalia haben alle genannten Herkunftsländer (Äthiopien, Nigeria, Sudan, Kenia) ein nationales Gesetz, das FGM/C verbietet. Es scheint in jedem Fall an der Umsetzung und Kontrolle zu scheitern. Das Alter der Beschneidung reicht von ein paar Tagen nach der Geburt bis zu ungefähr 15 Jahre, je nachdem in welchem Kontext und aus welchen Gründen die Beschneidung durchgeführt wird. FGM/C wird in den genannten Ländern mehrheitlich von traditionellen Beschneider*innen durchgeführt, wobei ein Trend zur Medikalisierung von FGM/C sichtbar ist.

In den einzelnen Ländern werden je nach Region unterschiedliche Beschneidungstypen angewandt, wobei in Somalia Typ III am stärksten vertreten ist. Bei den Gründen lassen sich keine länderspezifischen Aussagen treffen, da es in jedem Land diverse Gründe für die Beschneidung gibt.

Bis auf Somalia zeigt sich in den anderen Ländern die Tendenz zur Ablehnung der Praxis, da die Prävalenzrate in den jüngeren Altersgruppen niedriger ist, als jene in älteren Altersgruppen. Dies lässt sich unter anderem auf die hohe Alphabetisierungsrate und die Tatsache zurückführen, dass es in Somalia im Gegensatz zu den anderen Ländern, bedingt durch den Bürgerkrieg, kaum Aufklärungsprogramme gibt.

Im Vergleich zeigt sich, dass jedes Land unterschiedliche regionale Prävalenzraten aufweist, sodass pauschalisierende Aussagen nicht zulässig sind. Die Praxis wird in allen Religionen praktiziert, wobei eine Tendenz festgestellt wurde, dass sie unter Muslim*innen verbreiteter sein könnte, da diese die weibliche Beschneidung verstärkt in religiösem Zusammenhang sehen. Der Indikator Bildung lässt ebenfalls keine Schlüsse in Bezug auf die Beschneidung zu, da beispielsweise in Somalia die Beschneidung sehr weit verbreitet ist. Jene Menschen in peripheren Gebieten, mit niedrigem ökonomischen Status und geringem Bildungsniveau befürworten die Praxis eher, als jene im urbanen Raum und mit höherem Bildungsniveau. Näheres zu länderspezifischen Informationen zu FGM/C ist unter anderem bei Lightfoot-Klein (2003), Hosken (1979), Gruenbaum (2001) und Nyangweso Wangila (2007), sowie bei diversen zitierten NGOs nachzulesen.

6.2 Österreich

Im Folgenden soll nun zunächst auf die Daten- und Faktenlage in Österreich und Wien eingegangen werden, um darüber Einsicht zu erhalten, wie viele afrikanische Frauen aus praktizierenden Herkunftsländern in Österreich und Wien leben und wie viele Mädchen möglicherweise dem Risiko einer Beschneidung ausgesetzt sind. Überdies wird auf den Werdegang Österreichs, die aktuellsten österreichischen Studien und die derzeitige Rechtslage näher eingegangen.

6.2.1 Daten und Fakten

Am 01.01.2020 lebten in Österreich 4.522.292 Frauen, davon haben 22.579 Mädchen und Frauen ein afrikanisches Geburtsland. Von den 22.579 Mädchen und Frauen stammen 15.668 aus einem FGM/C- praktizierenden, afrikanischen Herkunftsländ. (Statistik Austria 2021)

Die meisten Frauen mit einem afrikanischen Geburtsland in Österreich kommen aus Ägypten (5.611), gefolgt von Nigeria (3.145), Somalia (2.175), Südafrika (1.643) und Tunesien (1.482). Bei den drei Ersteren handelt es sich um FGM/C praktizierende Länder, die zum Teil, wie im vorherigen Kapitel erwähnt wurde, die höchsten Prävalenzraten verzeichnen. (ebd. & UNICEF 2020d)

Bei den genannten Zahlen handelt es sich um jene Personen – die erste Generation von Migrantinnen –, die Migrationserfahrung aufweisen. Diese Erfahrung ist für die vorliegende Arbeit ausschlaggebend. Es gibt jedoch auch in Österreich geborene und aufgewachsene Personen mit afrikanischer Staatsbürgerschaft, die selbst nie migriert sind. Diese stehen nicht im Fokus dieser Arbeit, da die Migrationserfahrung von einem praktizierenden Herkunftsländ, das hier mit dem Geburtsland gleichgesetzt wird, in ein westliches Land den Gegenstand dieser Studie darstellt. Jene Generationen, die nicht migriert sind, finden in diesem Kapitel insofern Berücksichtigung, da sie möglicherweise einem Risiko ausgesetzt sind, beschnitten zu werden.

In Bezug auf die Gefahr einer Beschneidung von Mädchen und Frauen in Österreich, die in Österreich geboren, keinen Migrationshintergrund (zweite oder dritte Generation) aber eine Staatsbürgerschaft aus einem praktizierenden, afrikanischen Herkunftsländ besitzen, soll ergänzt werden, dass am 01.01.2020 11.305 Mädchen und Frauen eine Staatsbürgerschaft aus einem praktizierenden Land aufwiesen, die sich bezüglich der

Länderabfolge mit der der Geburtsländer deckt: Die Vorreiter sind Nigeria (2.970), Ägypten (2.874) und Somalia (2.590). (Statistik Austria 2021) Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass ein afrikanisches Herkunftsland sowohl auch das Geburtsland (für die erste Generation an Migrantinnen) als auch jenes der Staatsbürgerschaft sein kann, sowie aufgrund der Tatsache, dass in Österreich das Abstammungsprinzip⁸ geltend ist (Strasser 2009). Es ist hierbei kritisch anzumerken, dass ein afrikanisches, praktizierendes Geburtsland oder die afrikanische Staatsbürgerschaft eines praktizierenden Landes nicht automatisch mit einem Beschneidungsrisiko einhergeht.

Wien

Am 1.1.2020 lebten 978.900 Mädchen und Frauen in Wien, dabei handelt es sich um 51 % der Wiener Bevölkerung. Von den 978.900 Mädchen und Frauen haben 11.924 ein afrikanisches Geburtsland. Bei 8.713 von diesen 11.924 handelt es sich um ein FGM/C praktizierendes Land. Von den 978.900 Mädchen und Frauen haben 7.992 eine afrikanische Staatsbürgerschaft, davon 6.065 aus einem praktizierenden Land. Die Abbildung 10 zeigt eine Übersicht der genannten Zahlen. (Statistik Austria 2021) Die Zahlen in Wien decken sich mit jenen zu Österreich, wobei Ägypten, Nigeria und Somalia die Länder sind, die am häufigsten vertreten sind (ebd.).

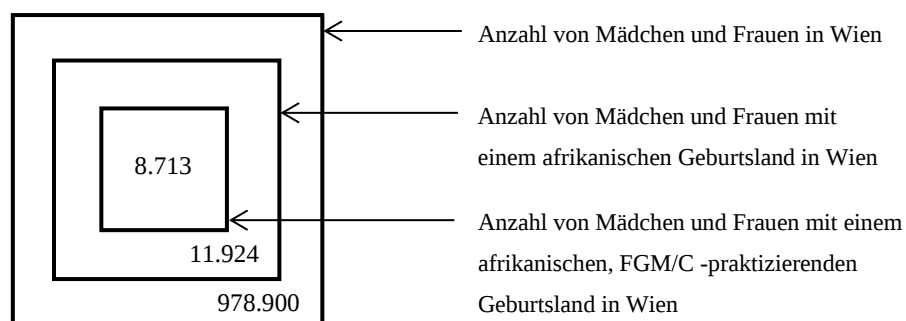


Abbildung 10: Darstellung der Anzahl von Mädchen und Frauen in Wien, die in einem afrikanischen (praktizierenden) Land geboren sind, Stand: 01.01.2020, DG: Statistik Austria (2021); eigene Darstellung

Tabelle 6 hingegen präsentiert eine Auswahl der häufigsten afrikanischen, praktizierenden Geburtsländer von Frauen, die am 01.01.2020 in Österreich, mit Fokus auf Wien, lebten.

⁸ Staatsbürgerschaft für in Österreich Geborene ist von der Herkunft der Eltern abhängig und nicht wie beim Geburtsprinzip von dem Geburtsort (Strasser 2009).

Die Tabelle beinhaltet zugleich Informationen über jene Länder, in denen die Interviewteilnehmerinnen dieser Arbeit geboren wurden.

Die Daten wurden über die Statistische Datenbank „STATcube“ der Statistik Austria bezogen, wobei folgende Bevölkerung-Kategorien inkludiert wurden: Geschlecht (weiblich), Jahr (2020), Geburtsland (Afrikanische Länder), sowie Bundesland (Wien). Danach wurden eine Auswahl der gemäß UNICEF (2020d) praktizierenden afrikanischen Länder (27) getroffen. (Statistik Austria 2021)

*Tabelle 6: Anzahl von Frauen mit einem afrikanischen, praktizierenden Geburtsland, in Österreich/Wien lebend, Stand: 01.01.2020, DG: Statistik Austria (2021) und *UNICEF (2020d); eigene Darstellung*

Auswahl von afrik., praktizierenden Geburtsländern gereiht nach der Anzahl in Wien (01.01.2020)	FGM/C-Prävalenz in %*	Weibliche Bevölkerung nach den ausgewählten afrik. prakt. Geburtsländern in absoluten Zahlen am 01.01.2020	
		Österreich	Wien
Ägypten	87	5.611	3.664
Nigeria	19	3.145	1.743
Somalia	98	2.175	1.241
Ghana	4	993	383
Kenia	21	927	372
Äthiopien	65	788	315
Sudan	87	258	179
Kamerun	1	353	103
(...)			
Gesamt		15.668	8.713

Im Vergleich zu diesen Daten lebten gemäß der Studie der „Afrikanischen Frauenorganisation“ im Jahr 2000 ungefähr 8.197 Migrant*innen aus praktizierenden, afrikanischen Ländern in Österreich, 75 % davon in Wien. Die Mehrheit stammte aus Ägypten und Nigeria. (Afrikanische Frauenorganisation 2000: 10) Gemäß der Volkszählung stammten 2001 1.391 Frauen aus einem afrikanischen Staat mit hoher Prävalenz von FGM/C (Ägypten, Nigeria, Sudan), weitere 559 Frauen aus nordafrikanischen Ländern mit damals geringer FGM/C-Prävalenz (Algerien, Libyen, Marokko, Tunesien), 78 Frauen aus der Republik Südafrika und 547 Frauen aus sonstigen afrikanischen Staaten (Stadt Wien 2006). Dies zeigt, dass die Staaten mit hoher Prävalenz seit 2001 konstant geblieben sind, während jene Staaten, die damals bereits geringe Zahlen aufwiesen, laut UNICEF (2020d), keine praktizierenden Länder mehr sind. Als Beispiele gelten die Länder Algerien, Libyen, Marokko, Tunesien und Südafrika.

Von den in Österreich lebenden afrikanischen Frauen sind schätzungsweise 6.000-8.000 Mädchen und Frauen – ein Drittel davon lebt in Wien – von FGM/C betroffen. Diese Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2000, da bisher noch keine aktuelleren Studien durchgeführt wurden. Es muss daher angenommen werden, dass die Dunkelziffer viel höher liegt. (Afrikanische Frauenorganisation 2000; Österreichischer Integrationsfonds 2019) Van Baelen et al. (2016) verweisen diesbezüglich auf schätzungsweise 7.036 beschnittene Mädchen und Frauen, die in Österreich leben.

Die höher vermutete Dunkelziffer wird durch die erhöhte Nachfrage bei Beratungseinrichtungen, wie FEM Süd⁹ gestützt, bei der pro Jahr mehr als 100 Mädchen und Frauen beraten werden. Zudem wird die FGM/C-Ambulanz des FEM Süd jährlich von mehr als 50 Mädchen und Frauen, für beispielsweise eine Deinfibulation in Anspruch genommen. Dies kann auf steigende Migrationsbewegungen und auf die Aufklärung und Informationsvermittlung zu diesem Thema zurückgeführt werden. (Wiener Zeitung 2018)

In Deutschland wird die Dunkelziffer von gefährdeten (<18) und betroffenen (>18) Mädchen und Frauen jährlich von der Organisation „Terre des Femmes“ geschätzt. Sie betrug 2020 rund 20.000 Gefährdete und 75.000 Betroffene. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Zahl der Gefährdeten und Betroffenen aufgrund der Integration pro Generation halbiert. (Terre des Femmes 2020)

In Bezug auf Österreich schätzt das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE), dass 12–18 % der Mädchen im Alter von 0-18 Jahren in Österreich einem Risiko für weibliche Genitalbeschneidung ausgesetzt sind. Dabei handelt es sich um schätzungsweise 735-1083 von insgesamt 5.910 Mädchen, die 2019 im Alter von 0-18 Jahre waren und aus einem praktizierenden Herkunftsland stammen. 38 % (2.243) zählen dabei zur zweiten Generation. (European Institute for Gender Equality 2021)

Die meisten Mädchen mit FGM/C-Risiko in Österreich stammen aus Ägypten und Somalia, kleinere Gruppen aus Äthiopien, Guinea, Irak, Nigeria und Sudan. Von 2016 bis zum ersten Halbjahr 2020 stammten 2.899 asylsuchende Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren aus FGM/C-praktizierenden Ländern. Von diesen sind, laut Schätzungen von EIGE, 31 % einem FGM/C-Risiko ausgesetzt. Die Zahl der Mädchen mit FGM/C-Risiko ist von 1.508 im Jahr 2011 auf 5.910 im Jahr 2019 gestiegen, da die Zahl der Mädchen aus praktizierenden Herkunftsländern zugenommen hat. Gemäß der Studie ist der Prozentsatz

⁹ Frauengesundheitszentrum

der stark gefährdeten Mädchen von 29 % (2011) auf 18 % (2019) gesunken, da sich die praktizierenden Herkunftsländer insofern änderten, da 2011 die größte Gruppe aus Äthiopien kam, einem Land mit einer höheren Prävalenzrate als das 2019 vorrangige Einreiseland Irak, mit einer Prävalenz von 5 % (ebd.).

Gemäß Statistik Austria (2021) lebten am 01.01.2020 5.569 Frauen mit irakischem Geburtsland und 4.957 Frauen mit irakischer Staatsbürgerschaft in Österreich. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Anzahl der gefährdeten Mädchen und Frauen sinkt beziehungsweise diese weniger gefährdet sind, ausschließlich weil sich die Verteilung der Einreiseländer ändert.

6.2.2 Studienlage

Da es in Österreich keine offizielle aktuelle Prävalenzrate gibt, soll nun ein kurzer Auszug der beiden Studien Einzug finden, die die aktuellen (2000, 2006), meist rezipierten Studien in Österreich hinsichtlich der Datenlage zu FGM/C darstellen.

Während es sich bei der ersten Studie um eine qualitative und deskriptive Querschnittuntersuchung, stützend auf einen Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen handelt, bediente sich die zweite Studie zweier quantitativer Umfragen mit Hilfe von Fragebögen.

Studie 1 – „Die Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) bei MigrantInnen in Österreich“

Diese Studie aus dem Jahr 2000, die von der „Afrikanischen Frauenorganisation“ durchgeführt wurde, schätzt, dass im Jahr 2000 ungefähr 6.000 bis 8.000 Frauen in Österreich von FGM/C betroffen waren, wobei ein Drittel davon in Wien lebte. Die Generalisierbarkeit der Studie, die 250 Afrikaner*innen, die in Österreich lebten umfasste, kann allerdings in Frage gestellt werden. Außerdem ist in Betracht zu ziehen, dass die Dunkelziffer viel höher lag, als damals angenommen.

Die Studie zeigte, dass die Genitalbeschneidung unter Migrant*innen in Österreich thematisiert und praktiziert wurde. 30,4 % (76) der Befragten gaben an, sie wüssten, dass in Österreich geborene Kinder von Migrant*innen, beschnitten werden. Die Mehrzahl jedoch 60 % (165) verfügte über kein Wissen oder Informationen darüber, dass Eingriffe an Kindern durchgeführt werden. Die Studie zeigte, dass 35 % der in Österreich lebenden Mädchen genital beschnitten wurden, wobei 63 % der Eltern, die ihre Töchter beschneiden

haben lassen, dies im ersten Lebensjahr taten. Von diesen 35 % fanden 88,5 % der Eingriffe in Afrika und die restlichen 11,5 % in europäischen Ländern, darunter Österreich mit 1,9 %, angeblich in Krankenhäusern statt. Dies zeigt, dass sowohl *vacation cutting*, als auch die weibliche Genitalbeschneidung in Österreich zum Zeitpunkt der Studienzenerhebung im Jahr 2000 existent war. (Afrikanische Frauenorganisation 2000)

Studie 2 – „Genitalverstümmelung in Österreich – eine Umfrage unter niedergelassenen Gynäkolog/inn/en und Kinderärzt/inn/en sowie unter Krankenanstalten“

Eine zweite Studie, bei der mittels Fragebögen die Erfahrungen von Ärzt*innen in Krankenhäusern, sowie niedergelassenen Gynäkolog*innen und Kinderärzt*innen erhoben wurden, fand im Jahr 2006 statt. Die Gesamtheit der Fragebögen betrug 415 unter den niedergelassenen Ärzt*innen und 130 bei den Krankenhäusern, wo die Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie jene für Kinder- und Jugendheilkunde inkludiert wurden. (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2006: 11f.)

Die Studie ergab, dass ungefähr 250 genital beschnittene Patientinnen im Zuge von generellen Untersuchungen, Schwangerschaft, Entbindung oder – zu einem geringeren Teil – chronischen Schmerzen ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen (ebd.).

Dabei gaben 21 von 130 Krankenhäusern (16 %) und 57 (14 %) Ärzt*innen an, zumindest einmal eine Patientin mit Beschneidung, untersucht oder behandelt zu haben. In 86 % der 21 Krankenhäuser wurde die weibliche Genitalbeschneidung im Rahmen einer generellen ärztlichen Untersuchung diagnostiziert. Demnach ist davon auszugehen, dass bei der Mehrheit der Frauen die Beschneidung nicht der primäre Grund war, Hilfe zu suchen. (ebd.: 13)

Aufgrund der Tatsache, dass Patientinnen nie mit akuten Komplikationen medizinische Hilfe suchten, wurden Vermutungen getätigt, dass in Österreich wenige bis keine Genitalbeschneidung praktiziert werden, jedenfalls nicht von österreichischen Ärzt*innen, die Gegenstand der Studie waren. Im Zuge dessen wird ebenfalls die Annahme getätigt, dass keine Beschneidungen im Ausland stattfinden beziehungsweise die beschnittenen Mädchen und Frauen nicht unmittelbar nach dem Eingriff wieder nach Österreich zurückkehren, da kaum Patientinnen mit akuten Schmerzen vertreten waren. Die Studie hebt hervor, dass es insbesondere dann, wenn die Beschneidung nicht von ärztlichem Fachpersonal durchgeführt wurde, zu chronischen Komplikationen kommt, sodass das Aufsuchen von Ärzt*innen erforderlich wird. (ebd.)

Anzumerken sei hier, dass es, nur weil keine Patientinnen mit akuten Schmerzen vertreten sind, nicht möglich ist davon auszugehen, dass keine Beschneidungen in Österreich oder im Ausland stattfinden. Im Gegenteil, gerade das Ansuchen um Hilfe in Österreich bei chronischen Problemen lässt die Annahme zu, dass die Eingriffe vermutlich gerade im Ausland stattfinden. Außerdem ist das Aufsuchen von Hilfe nicht selbstverständlich, da oftmals kein Vertrauen in österreichische Ärzt*innen vorhanden ist oder die chronischen oder akuten Schmerzen verdrängt oder nicht mit der Beschneidung in Verbindung gebracht werden. Es ist daher möglich, dass bei akuten oder chronischen Beschwerden, deren Ausmaße vom FGM/C-Typ abhängig sind, keine ärztliche Hilfe aufgesucht wird beziehungsweise keine Hilfe österreichischer Ärzt*innen.

Bei den niedergelassenen Ärzt*innen gaben 358 (86 %) an, keine Patientin mit einer Genitalbeschneidung behandelt oder gesehen zu haben, während 57 (14 %) zumindest einmal eine Patientin, die eine Beschneidung aufwies, behandelten. Von jenen 57 waren 56 Gynäkolog*innen und eine davon Kinderärzt*in, sodass folgende Vermutungen angestellt werden können: Beschnittene Kinder werden nicht zu österreichischen Kinderärzt*innen gebracht (1), die Beschneidung der Kinder findet erst zu einem späteren Zeitpunkt statt, in einem höheren Alter und bei eventuellen Beschwerden werden Gynäkolog*innen aufgesucht (2). Hieraus lässt sich schließen, dass Genitalbeschneidungen bei Kinderärzt*innen nicht diagnostiziert werden, da kaum genitale Untersuchungen stattfinden (3). (ebd.: 11)

Die Studie zeigte überdies, dass sich keine Patientin eine Reinfibulation wünschte. Vier Ärzt*innen wurden jedoch um die Durchführung einer Beschneidung gebeten. Hinsichtlich des Ausmaßes der Beschneidungen waren überwiegend *Sunna* und Exzision vertreten. Die Frauen stammten mehrheitlich aus Somalia und Äthiopien. Die Infibulation und andere nicht zuordnungsbare Arten wurden halb so oft diagnostiziert (ebd.).

Diese Studie lässt zwar keine konkreten Zahlen zu Prävalenz oder Hochrechnungen zu und bedient sich auch lediglich der Perspektive des Gesundheitspersonals, zeigt jedoch, dass sich keine Patientin eine erneute Beschneidung (Reinfibulation) wünschte, während vier Ärzt*innen um eine Beschneidung gebeten wurden. Ebenfalls liefert die Studie Informationen und Annahmen zur Existenz und Durchführung in Österreich, sowie über gesundheitsrelevante Aspekte. (ebd.)

6.2.3 Soziopolitische & institutionelle Entwicklungen

Das Thema FGM/C wird in Österreich seit den 1990er-Jahren öffentlich diskutiert. Dies kann unter anderem auf die Veröffentlichung der Biographie „Wüstenblume“ von Waris Dirie im Jahr 1998, einer somalischen Frau, die im Alter von fünf Jahren beschnitten wurde, zurückzuführen sein. Dieses Buch eröffnete international zahlreiche Debatten zu diesem Thema und trug auch in Österreich zu einer Sensibilisierung der Öffentlichkeit bei, unter anderem durch die Besuche von Dirie in Österreich und der Gründung ihrer Organisation „Desert Flower Foundation“ im Jahr 2002 in Wien. (Desert Flower Foundation 2021; European Institute for Gender Equality 2013c)

Zudem wurde im Jahr 2000 durch eine Recherche des Journalisten Emil Boka für das österreichische Nachrichtenmagazin „Profil“ bekannt, dass ein österreichischer Unfallchirurg weibliche Genitalbeschneidungen befürwortet und auch durchgeführt hätte. Auf Basis dessen wurde am 05. Dezember 2000 beschlossen, rechtliche Schritte gegen FGM/C zu setzen. (Bobi 2000; Österreichische Gesellschaft für Familienplanung 2001) Die Novellierung der österreichischen Gesetzgebung 2001 schaffte einen wichtigen ersten Schritt und setzte mit der gesetzlichen Strafverfolgung auf legislativer Ebene ein wichtiges Zeichen im Kampf gegen FGM/C (European Institute for Gender Equality 2013a).

Auf politischer Ebene kam es nach 2005 zu den ersten Initiativen. Auf Basis dessen wurde vermehrt Bewusstseinsbildung, Wissensvermittlung vor allem im Gesundheitsbereich und Journalismus betrieben. (European Institute for Gender Equality 2013c) Das Thema wurde im „Migrantinnenbericht 2007“ aufgegriffen und im „Nationalen Aktionsplan zur Vorbeugung und Eliminierung von FGM in Österreich 2009-2011“ explizit genannt und behandelt (Afrikanische Frauenorganisation 2008; Bundeskanzleramt 2007). Ein Umsetzungsbericht diesbezüglich konnte nicht gefunden werden.

Der Nationale Aktionsplan (NAP) zum Schutz von Frauen vor Gewalt 2014-2016 erwähnte FGM/C kurz in Bezug auf Aus- und Fortbildung von Berufsgruppen im Bildungsbereich. Der Umsetzungsbericht dieses Aktionsplans aus dem Jahr 2018 zeigte die umgesetzten Projekte, bei denen FGM/C unter dem Thema „Gewalt an Frauen“ erwähnt wurde. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass das Außenministerium seit 2015 Datenerhebungen durchführt, um feststellen zu können, wie oft sich Österreicherinnen im Ausland aufgrund einer drohenden oder bereits durchgeführten Genitalbeschneidung und /oder Zwangsverheiratung an österreichische Vertretungsbehörden wenden. Während es

bei der Zwangsverheiratung 20 Fälle gab, gab es bei der weiblichen Genitalbeschneidung keine. (Bundeskanzleramt 2018; Bundesministerium für Bildung und Frauen 2014)

Der Aktionsplan „Frauengesundheit - 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich“ trat im Jahr 2017 in Kraft und enthält Maßnahmen zur Gewaltprävention, einschließlich spezifischer Probleme, mit denen Frauen mit Fluchterfahrung konfrontiert sind. Im Aktionsplan wurden 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen definiert, die sich auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit von Frauen beziehen. Diese orientieren sich an den WHO-Zielen der „Strategy on women’s health and well-being in the WHO European Region“ (2016) und der Agenda 2030 der Vereinten Nationen, wobei insbesondere „Gender Equality“ (Sustainable Development Goal 5) und „Reduced Inequalities“ (Sustainable Development Goal 10) adressiert wird. FGM/C wird im Aktionsplan jedoch nicht explizit erwähnt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Konsumentenschutz 2016), ebenso wenig in den Integrationsberichten 2019 und 2020 (Expertenrat für Integration 2019, 2020). Hingegen wird es seit 2017 in den für eingereiste Migrant*innen verpflichtenden Werte- und Orientierungskursen im Rahmen eines Vertiefungskurses behandelt (Österreichischer Integrationsfonds 2019).

Während FGM/C auf der politischen Seite in den letzten Jahren nicht explizit thematisiert wurde, rückt das Thema auf der anderen Seite immer mehr in den Fokus von Gesundheitseinrichtungen, NGOs und Vereinen. Seit 1999 wurden Kampagnen und Publikationen, sowie die österreichische Plattform „Stop FGM“ (2003) ins Leben gerufen. Zudem kam es zur Gründung von Vereinen und frauenspezifische Beratungsstellen, wie jene von FEM Süd (1999 beziehungsweise 2007), Orient Express (1997), der Frauenberatungsstelle der Diakonie oder der Afrikanischen Frauenorganisation „Bright Future“ (1996), die sich unter anderem auf das Thema spezialisieren und niederschwellige Beratungs- und Informationsangebote anbieten. (Bundeskanzleramt 2019; European Institute for Gender Equality 2013c)

Im Jahr 2007 wurde ein interdisziplinärerer FGM/C-Expert*innen-Beirat gegründet, der Einrichtungen des Wiener Gesundheits- und Sozialbereichs, die mit Klient*innen und Patient*innen aus praktizierenden Ländern arbeiten, umfasst. Dieser wurde 2017 personell neu aufgestellt, wobei FEM Süd, Gynäkolog*innen vom AKH und Wilhelminenspital, die Ärztekammer Wien, die MA 11 (Amt für Jugend und Familie), die MA 15 (Gesundheitsdienst der Stadt Wien), die MA 17 (Abteilung für Integration und Diversität)

und die MA 57 (Frauenabteilung der Stadt Wien), sowie das Wiener Programm für Frauengesundheit vertreten sind. (Stadt Wien 2018, 2021)

2020 wurde die Informationsbroschüre „Weibliche Genitalverstümmelung. Leitfaden zum Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen - Medizinisches Basiswissen“ von FEM Süd für Multiplikator*innen herausgegeben, die das Vorkommen von FGM/C, die Gesetzeslage in Österreich, die körperlichen und psychischen Folgen von FGM/C, Tipps zur Gesprächsführung mit Betroffenen, medizinisches Basiswissen zur Behandlung in Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie spezialisierte Ansprechpartner*innen auflistet und somit einen Überblick über das Thema bietet. (FEM Süd 2021) Dieser Leitfaden kann ergänzend zu dem 2018 vorgestellten Informationsfolder, der in Deutsch, Arabisch, Englisch, Französisch und Somali verfügbar ist und sich an Eltern aus FGM/C praktizierenden Ländern richtet, gesehen werden.

Weiteres kann „INTACT“ als rezentos Projekt genannt werden, dass von 2018-2019 in Kooperationen von FEM Süd und Frauengesundheitszentren in Salzburg und Linz umgesetzt wurde. Das Ziel war es FGM/C-Peers, die aus betroffenen Communitys stammen, hinsichtlich Bewusstseinsbildung, Sensibilisierung, Beratung und Begleitung auszubilden. Anschließend sollen die ausgebildeten Frauen aus den betroffenen Communitys andere Frauen über das tabubehaftete Thema FGM/C sensibilisieren und bestenfalls präventiv durch Aufklärung vor einer möglichen Beschneidung schützen. (ebd.)

Es kann gesagt werden, dass das Thema FGM/C-Bekämpfung in Österreich einerseits von einer *Top-down*-Strategie, andererseits von einer *Bottom-up*-Strategie verfolgt wird, da es sowohl politische und gesetzliche Rahmenbedingungen gibt, als auch niederschwellige Angebote in den jeweiligen Communitys (European Institute for Gender Equality 2013c).

Die österreichische Datenlage zu FGM/C ist zwar teilweise durch die Studien im Jahr 2000 und 2006 (Afrikanische Frauenorganisation 2000; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2006) vorhanden, aber nicht mehr auf dem aktuellen Stand. Auf europäischer Ebene wird Österreich beispielsweise von der EIGE für Daten herangezogen, wie das European Institute for Gender Equality (2013a, 2021) zeigt.

Um der Daten- und Wissenslücke entgegenzuwirken, widmen sich wissenschaftliche, universitäre Arbeiten wie jene von Maier (2003), Bock (2014); Gugenberger (2009); Hofstätter (2012); Poldermans (2006); Preller (2008); Scheiber (2012) dem Thema

FGM/C. Dies geschieht zumeist aus gesundheitlicher, juristischer, politischer, repräsentativer oder institutioneller Perspektive.

6.2.4 Rechtliche Rahmenbedingungen

Anschließend an die politischen und gesetzlichen Schritte, die in Österreich gesetzt wurden, lässt sich sagen, dass die weibliche Genitalbeschneidung in Österreich seit 2001 gesetzlich verboten ist. Der Tatbestand ist dem der schweren Körper- und Menschenrechtsverletzung gleichgesetzt (StGB §85, 90). Die folgenden Paragraphen des Strafgesetzbuches sind im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) (2021) zu finden:

Gemäß dem Strafgesetzbuch (StGB) § 85 Abs. 1 wird „*eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen*“ mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Zudem kann diese Freiheitsstrafe seit 01.01.2020 ein Ausmaß von ein bis zu zehn Jahre annehmen, wenn bei der Straftat österreichische Staatsbürger*innen oder jene mit österreichischem Wohnsitz involviert sind. Dies gilt auch für Beschneidungen, die im Ausland durchgeführt wurden. Dabei werden die lokalen Gesetze nicht berücksichtigt und es kommt zur strafrechtlichen Verfolgung, wenn es sich bei Täter*in oder Betroffenen um eine Österreicher*in handelt oder die Person in Österreich wohnhaft ist, es durch die Tat zu der Verletzung sonstiger österreichischer Interessen gekommen ist oder der/die Täter*in zur Zeit der Beschneidung Ausländer*in war, sich jedoch in Österreich aufhielt und nicht ausgeliefert werden kann. (StGB § 64, 4a)

Die Zustimmung der betroffenen Frauen zur Körperverletzung, wie auch im Falle von Schönheitsoperationen (Rechtsinformationssystem des Bundes 2021, StGB §90) war vor dem österreichischen Strafrecht zunächst straffrei. Dies wurde im Zuge des Strafrechtsänderungsgesetzes 2001 dahingehend geändert, dass „*in eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien*“ nicht eingewilligt werden kann (StGB §90 Abs. 3).

Damit wurde die Veranlassung von Beschneidungen seitens der Eltern für ihre Töchter – ungeachtet ob diese im In- oder Ausland stattfinden sollen – ebenso unzulässig, wie der Wunsch beziehungsweise die Einwilligung der betroffenen Mädchen und Frauen (§90 Abs.3). Daher werden Täter*innen mit oder ohne Einwilligung der betroffenen Person strafrechtlich verfolgt. Die Verjährungsfrist nach einer Genitalbeschneidung beginnt ab

dem 28. Lebensjahr der betroffenen Frau, wenn diese zum Zeitpunkt der Beschneidung minderjährig war. (StGB § 58 Abs. 3)

Gemäß StGB zählen zu den Täter*innen auch Gesundheitspersonal und Mittäter*innen, wie Eltern, die FGM/C veranlassen, unterstützen oder dabei helfen. Es kann dabei zum Strafbestand der Beihilfe (§ 27 StGB), Anstiftung (§ 26 StGB), sowie Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht (§ 199 StGB) oder Unterlassens (§ 286 StGB) kommen, wenn Eltern(teile) Kenntnis über die Beschneidung hatten und diese zuließen. (Jirovsky-Platter 2021)

Obwohl die weibliche Genitalbeschneidung strafrechtlich verfolgt wird, gab es bislang weder Anzeigen, noch kam es zu einem Strafgerichtsverfahren beziehungsweise einer Verurteilung wegen weiblicher Genitalbeschneidung (European Institute for Gender Equality 2013a; Stadt Wien 2006).

Abgesehen davon lässt auch die österreichische Gesetzgebung, ebenso wie jene in anderen Ländern, präzisere Angaben bezüglich der Formen von FGM/C, Reinfibulation, kosmetischer Eingriffe und geschlechtsspezifischer Beschneidungen, wie jener der männlichen Beschneidung, aus (Poldermans 2006).

Im österreichischen Asylgesetz, auf das sich die österreichische Gesetzgebung seit 01.01.2006 beruft, werden frauenspezifische Verfolgungen, dazu zählt auch FGM/C, nicht ausdrücklich angeführt. Dennoch gab es in der Vergangenheit Anerkennungen aufgrund von drohenden Beschneidungen. (Bundeskanzleramt 2008) Die erste Ausstellung eines positiven Asylbescheids erfolgte am 21.03.2002. Eine Frau aus Kamerun erhielt aus Angst vor einer Infibulation Asyl. Bei dem zweiten Fall handelt es sich um Asyl für ein minderjähriges Mädchen aus Äthiopien, das der Gefahr einer drohende Genitalbeschneidung ausgesetzt war, da damals (Entscheidungsdatum: 05.06.2002) ungefähr 90 % der äthiopischen Frauen beschnitten wurden. Zudem gehörte die Mutter einer verfolgten Minderheit an, wodurch ein zusätzliches Risiko gegeben war. (European Institute for Gender Equality 2013c; Rechtsinformationssystem des Bundes 2002) Trotz dieser Tatsache wurde in Österreich bisher lediglich 20 Frauen aus Angst vor FGM/C Asyl gewährt (European Institute for Gender Equality 2013c).

In Deutschland hingegen wurden gemäß UNHCR (2013) bisher schätzungsweise 184 Asylanträge aufgrund von FGM/C bewilligt. Während in Deutschland im Rahmen von Migrationskontrollen genitale Untersuchungen an Mädchen und Frauen aus

praktizierenden Herkunftsländern vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) durchgeführt werden, wird in Österreich seit langem die Aufnahme einer körperlichen Untersuchung hinsichtlich FGM/C in den Mutter-Kind-Pass angestrebt. (Austria Presse Agentur OTS 2008; Terre des Femmes 2017 zit. in Zinka, Ackermann, et al. 2018)

7 Empirische Ergebnisse

Die empirischen Ergebnisse umfassen Informationen über die 11 Interviewpartnerinnen und die Ergebnisse der beiden empirischen Zugänge sowie deren Triangulation.

7.1 Interviewpartnerinnen

In dieser Arbeit stellen afrikanische Frauen mit Migrationserfahrung die Zielgruppe dar. Konkreter wurden jene Frauen inkludiert, die aus einem praktizierenden afrikanischen Herkunftsland nach Wien migriert sind. Dabei wurde bewusst darauf geachtet, dass es sich um unterschiedliche Herkunftsländer handelt, um länderübergreifende Ansichten zu FGM/C zu erhalten und Vergleiche anstellen zu können.

Die Intention war es, mehrere Frauen und deren Ansichten zu inkludieren, um einen facettenreichen Einblick in diverse Lebenswelten und soziale Kontexte zu gewährleisten. Die gewählten Zugänge zu den Interviewpartnerinnen ermöglichten 11 Gespräche mit Frauen, deren Herkunftsland, Religionszugehörigkeit, Alter, Familienstand, Betroffenheit, Bildungsgrad und Aufenthaltsdauer in Wien variieren. In Tabelle 7 sind die Charakteristika der befragten Frauen angeführt.

Die Herkunftsländer der interviewten Frauen umfassen Äthiopien, Kenia, Nigeria, Somalia und Sudan, wobei die Frauen entweder aus dem urbanen oder peripheren Raum stammen. Das Alter der Befragten reicht von 18-70 und die Religionszugehörigkeiten umfassen Islam (4) und Christentum (7).

Die Aufenthaltsdauer in Österreich reicht von 2 bis 32 Jahre und deckt somit eine große Bandbreite hinsichtlich des Aufenthalts in dem FGM/C ablehnenden Einwanderungsland Österreich ab. Dies spiegelt sich auch im rechtlichen Status der Befragten wider, der von Asyl über subsidiären Schutz und Visum bis zur österreichischen Staatsbürgerschaft reicht. Dies wurde aus Gründen der Anonymität nicht in der Tabelle angeführt. Das Alter, in dem die Frauen nach Österreich migriert sind, reicht von 15 bis 40 Jahre.

Als höchsten Bildungsabschluss nannten 3 der 11 Befragten die Primarstufe – dazu zählt auch die Koranschule – 1 Frau die Sekundarstufe, 2 Frauen eine Polytechnische Ausbildung und 4 einen Universitätsabschluss. 1 Frau aus dem ländlichen Gebiet in Somalia hat keine schulische Bildung.

Der Familienstand der Befragten ist ebenfalls durchmischt: 3 Frauen sind ledig, eine mit Kind, 2 Frauen geschieden, wobei 1 Frau zwei Kinder hat, 1 Frau ist verwitwet mit einem Kind und 5 Frauen verheiratet mit (4) oder ohne (1) Kinder.

In Bezug auf die persönlichen Erfahrungen, die allerdings kein Kriterium für das Interview darstellte, schilderten 8 Frauen ihre eigene Betroffenheit, wobei auch teilweise auf den Typ beziehungsweise den vermuteten Typ eingegangen wurde. Dafür wurden vereinzelt Abbildungen der Beschneidungsarten vorgelegt, um den eigenen Beschneidungstyp, wenn dieser nicht vorab bekannt war, zuordnen zu können. Im Zuge dessen gab 1 Frau an, sie wisse nicht, ob sie beschnitten ist, da eine etwaige Beschneidung im Säuglingsalter praktiziert worden wäre. 1 Frau gab an, nicht betroffen zu sein und 1 Frau tätigte keine Angaben diesbezüglich. Die betroffenen Frauen wurden jeweils im Alter von 0-13 Jahren beschnitten.

Von den befragten Frauen hatten drei von ihnen Kontakt zu ihrer Community in Wien und es konnten somit auch Einblicke zu der Einstellung der Community gegenüber FGM/C ermöglicht werden, basierend auf den Lebenswelten, Wissen und Erfahrungen der befragten Frauen. Generell ist festzuhalten, dass bei den Interviews die Individuen und deren Ansichten im Vordergrund stehen und diese nicht als Repräsentantinnen oder Vertreterinnen für ein Kollektiv beziehungsweise ihr Herkunftsland zu sehen sind.

Tabelle 7: Übersicht der Interviewpartnerinnen, Anmerkung: S - Stadt; L - Land, k.A. - keine Angabe; eigene Darstellung

N= 11	Alter	Herkunftsland	Aufenthalt in Ö (i. J.)	Alter bei der Migration nach Ö	Religion	Höchster Bildungsgrad	Familienstand & Anzahl der Kinder	Persönliche Betroffenheit	Alter bei der Beschneidung (i.J.)
B1	22	Äthiopien (S)	5	17	Christentum	Unterstufe	Ledig (1)	Weiß nicht	-
B2	32	Äthiopien (S)	5	27	Christentum	Universität	Verheiratet	Ja (Typ II)	<1
B3	48	Sudan (S)	16	32	Islam	Universität	Geschieden	k.A.	-
B4	23	Somalia (L)	6	17	Islam	Unterstufe	Ledig	Ja (Typ III)	9
B5	18	Somalia (L)	3	15	Islam	keine	Verheiratet (2)	Ja (Typ III)	7
B6	46	Kenia (L)	28	18	Christentum	Sekundarstufe	Ledig	Nein	-
B7	30+	Somalia (S)	5	25+	Islam	Universität	Verheiratet (2)	Ja (Typ I)	13
B8	70	Äthiopien (S)	30	40	Christentum	Universität	Verheiratet (2)	Ja (Typ I)	<1
B9	41	Nigeria (S)	2	39	Christentum	Polytechnische Hochschule	Verheiratet (1)	Ja (Typ I)	~1
B10	42	Nigeria (S)	8	24	Christentum	Polytechnische Hochschule	Geschieden (2)	Ja (Typ I)	~1
B11	64	Kenia (L)	32	32	Christentum	Unterstufe	Verwitwet (1)	Ja (Typ I/ II)	13

7.2 Inhalte aus den Interviews

Die empirischen Ergebnisse umfassen Inhalte, die zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen. Im Rahmen der Interviews wurde jedoch auch auf die weibliche Beschneidung im Allgemeinen, länderspezifische Abläufe und geschlechterspezifische Aspekte eingegangen. Zudem wurden Kritik an der österreichischen Mehrheitsgesellschaft, den Medien sowie dem Gesundheitssystem geäußert. Diese Aspekte dienen dem Verständnis und der Einordnung dieser Arbeit, werden für die Beantwortung der Forschungsfragen jedoch nicht herangezogen. Die Abkürzungen *B* und die jeweilige Ziffer verweisen auf das Interview. Zum Beispiel: Bei *B6* handelt es sich um die sechste Befragte beziehungsweise das sechste Interview. Zudem ein kurzer Verweis darauf, dass die direkten Zitate teilweise eine Mischung deutscher und englischer Sprache sowie grammatikalische Fehler beinhalten.

7.2.1 Einstellungen

Wie aus den durchgeführten Interviews hervorgeht, sprechen sich 9 Frauen gegen die Ausübung aller Formen von FGM/C aus, 1 Frau (*B9*) steht der Praxis ambivalent gegenüber, da sie diese zwar befürwortet, aber nicht mehr ausüben würde, da sie von der Gesellschaft nicht mehr gefordert ist während 1 Frau (*B10*) FGM/C befürwortet. Letztere sprach sich für jegliche Formen des Schneidens aus, jedoch gegen das Nähen.

Die ablehnende Haltung war sowohl unter beschnittenen als auch unter der unbeschnittenen Frau vertreten. Jene zwei Frauen, die die Beschneidung befürworteten, haben selbst Typ I erfahren. Die unbeschnittene Interviewpartnerin äußerte sich, dass sie froh ist, dieser Praxis entgangen zu sein und verneint ebenfalls alle Formen, denn „*Beschneidung ist Beschneidung*“ (*B6*).

Von den befragten Frauen kannten jene, die sich mit dem Thema FGM/C im beruflichen oder privaten Umfeld beschäftigen, alle Formen gemäß der WHO. Die anderen Frauen hingegen verwiesen auf einzelne Typen, wobei es sich zumeist um Typ I und Typ III handelt und wiederum andere waren der Meinung, es gäbe nur einen Typ. Daher konnten oftmals nur Vermutungen über den eigenen Beschneidungstyp aufgestellt werden.

Jene Frauen, die die Beschneidung ablehnten, nannten vor allem gesundheitliche, sexuelle, religiöse und ästhetische Gründe für ihre Einstellung. Letzteres umfasste dabei die Natürlichkeit des weiblichen Körpers, der in dieser Form von Gott gegeben wurde. Zudem

wurde die Sinnhaftigkeit der Praxis hinterfragt und die Einzigartigkeit des eigenen Körpers erwähnt. Des Weiteren fand oft ein Verweis auf die Blutmenge, die während der Beschneidung austritt, statt. Im Folgenden werden nun die Ansichten der 11 befragten Frauen angeführt, um die Meinung jeder einzelnen möglichst anschaulich zu vertreten.

Meine Meinung ist, dass es ist nicht weitergehen, das ist nix gut. Das ist nix gut, Frauen geschnitten, das ist Gott geben, warum schneiden? [...] Für Frauen das ist nicht so gut, Krankheit bekommen und das ist auch zu Hause Bakteria so, so viel Blut raus, für Frauen es ist ganz schlimm. [...] Ganz schlecht, alles schlecht. (B1)

Ich finde alle schlecht. For Frauen ohne Schneiden ist besser. [...] Warum geboren mit hier, mit diese Körper mit diese Dingen. Warum ohne diese geboren? Mit diese geboren, warum schneiden? Das ist nicht gut. (B2)

Weil es ist, es macht keinen Sinn. Es macht keinen Sinn, weil was bedeutet Jungfrau es hat nichts zu tun mit Blutung. Was bedeutet auch, was bedeutet Reinheit eigentlich, es ist total gegen was mit weibliche Genitalverstümmelung. (B3)

Später sie hat keine Gefühl, sie kann nicht Sex machen, sie denkt darüber sie hat Angst tut weh und sowas und jetzt viele Frauen manche haben keine Gefühl, wenn sie Sex machen und das ist nicht gut, weil ich finde das schade und ja, es hat viele Nachteile, so diese Sachen das ist nicht gut und ja so ist meine Meinung. Es sollte nicht sowas sein [...] das ist nicht gut. (B4)

To be end, I don't like all FGC. [...] I feel, I know what is FGC and I don't need to do like Lady. I don't want young Lady like to change and to broke her and that's I don't want it anymore. (B5)

Beschneidung ist schlecht - Punkt. Beschneidung ist kein Muss, es gibt so viele Probleme mit Gesundheit was kommen kann, man lebt nur dieses Leben, dieses Welt warum sollte man so viel herummachen. [...] Warum sollte Körper zerstört, das ist schade, unbezahlbar, kannst du nicht mehr kaufen. (B6)

Because it is punishment, it's unhuman, it's killing someone, it's almost killing. It's pain that you have lifelong, when they cut you age of 5, the rest of your life you will live in a pain, you live with pain, it doesn't make sense at all, it must, it must be stopped. (B7)

I'm against all of the form, nothing is beneficiary, what should I choose. All of them should be eradicated. [...] I am against FGM, but it cannot be eradicated over night, it needs time. (B8)

Nix mehr wollen weiter wird, meine Meinung um Gottes Willen, um Gottes Willen, kann ma ' weinen und schreien und Gott beten [...], es tut mir sehr sehr, es macht mir so viele Schmerzen, das ist schade, eine so hübsche Mädchen, so wie Mais, so wie wenn etwas gepflanzt, ja, auf den Boden und jetzt kommt die Regen oder gießen, dann kommt diese frische, so schön, so gute und dann 13, 14 Jahre so schrecklich machen, das ist aber große Schade. Die Beschneidung ist schrecklich, weiter schöne Sachen anbauen, also Körper lassen gesund, Mädchen kann man studieren oder nicht

studieren, aber beschneidet ist schlecht, weil macht Körper kaputt, was kann man mehr sagen, so hübsche frische Mädchen, fesch, und dann diese Wunde, drinnen sitzen mit der Hitze und Stinkerei. [...] Lernen ist ok, menschlich sein ist ok, aber was ist mit der Beschneidung? Das ist fürchterlich. (B11)

Jene beiden Frauen, die aus Nigeria stammen und FGM/C weiterhin befürworten, taten dies unter der folgenden Argumentation: Sie waren der Meinung, dass die Beschneidung Mädchen und Frauen vor Jungen und Männern schützt, denn durch die Beschneidung empfinden Mädchen und Frauen nicht mehr den Drang sexuell aktiv oder gar hypersexuell zu sein. Die Erregbarkeit ist dadurch gehemmt und ein normales Leben ohne sexuelle Ablenkungen möglich. Die beiden vertreten die Ansicht, dass es gut ist, die emotionalen und sexuellen Gefühle von Frauen durch die Beschneidung zu unterdrücken oder zu vernichten.

Hmm my opinion is that I wish they continue, but there is nobody who is going to cut it any longer. [...] If a woman is not circumcised when she see a man, she will be feeling on. 'Oh this man!', 'Oh!', because they are feeling on always. But if you are circumcised you feel normal, it's not feeling on. It's because of [...] not feeling too much on, that's why it's very good to circumcise [...] but when civilization taught us is not good, civilization changed everything. (B9)

I like it, because it kills the emotional sexual feelings, for me I support parents to circumcise female child, because this make girls to keep herself save from boys. [...] The female child, when you don't circumcise a female child it's not good. When the girl, from 10, 11, 12, sometimes they only feel like to make love and when the clitoris, the clitoris from girl, they quickly reheats, but when you cut off the clitoris, doesn't matter, the body system, the emotional is dead, so I support to circumcise girls, I support that. [...] I support they should do it because they did it for me also. If I have a baby girl today I will like to do it. (B10)

Schlecht aber besser?

Aus den Interviewdaten geht hervor, dass eine Differenzierung zwischen der Praxis vorgenommen wird. Es entstand der Eindruck als befinden die beiden Befragten aus Kenia die Art und Weise wie die Beschneidung in ihrem Land abläuft, im Gegensatz zu der Beschneidung in Somalia, trotz ihrer ablehnenden Haltung gegenüber FGM/C, für besser. Gemäß der Meinung der Befragten findet die Beschneidung in Somalia im Kindesalter statt, was sie mit Brutalität und Unfreiwilligkeit gleichsetzen. Sie verweisen darauf, dass die Beschneidung in Kenia im Gegensatz dazu freiwillig ist, von den Mädchen selbst gewollt und nicht zwanghaft umgesetzt wird: „Ah Somalia, meine Nachbar und sie ist so fesche Mensch, wenn du siehst mit die Auge, aber so schlecht und böse, das ist schrecklich, arm.“ (B11)

Was ich finde nicht gut ist, dass diese Beschneidung für Dame, für Mädchen soll jede Mädchen freiwillig, so wie in Kenia, weil in Somalia, ich kann mir nicht vorstellen, dass ich schon mit 3 Jahre beschnitten war, das ist ein bisschen blöd. Aber in Kenia ist immer freiwillig, mit 13 Jahre, mit 14, mit 16, sie entscheiden, es fragt gar keine, sie kommen selbst auf die Idee. [...] Und wenn sie nicht auf die Idee kommen, dann machen sie das nicht, das ist keine Muss. [...] Sie wollen das ausprobieren und finito. (B6)

Die Mädchen selber wollen, aber vielleicht 2 % eine Frau zwingen die Tochter machen ja, [...] aber das war Ausnahme. Zum Beispiel ich, meine Mutter hat nicht gesagt, du musst das, nein, ich selber, ich, ja. Ich selber, nicht meine Mutter nein, überhaupt nicht. (B11)

Exkurs: Männliche Beschneidung

Die männliche Genitalbeschneidung wird von der Mehrheit der Befragten als normal angesehen, wobei auf das religiöse und gesundheitliche Erfordernis verwiesen wird. Die männliche Beschneidung wird mit Schönheit, Männlichkeit und Sexualität attribuiert. Des Weiteren gab eine Frau an, dass unbeschnittene Männer von Frauen ausgelacht und beschämt werden: *“When a man is not circumcised, no girl will like him, no, and girls will laugh, ‘That’s the guy, the guy is not circumcised!’ and they start laughing, so it’s a shame.” (B10)*

Nur Männer geschnitten, das ist normal. For Männer ist schneiden, das Denken zum Beispiel Religion, muslimische Religion nicht geschnitten, Christ muss das für Religion auch, muss geschnitten. (B2)

Zum Beispiel Bub normal ist noch immer bei uns heute, aber Mädchen nein. Bub schon, aber manche auch nix wollen, aber wird genommen muss, muss. Aber ist auch besser, ich finde, weil bei uns ist sehr heiß und keine Wasser, Bakteria. (B11)

The penis have to be rising and the shape of the boys that is not circumcised, the shape is different from circumcision. When you see a child that is circumcised, you will see the shape is so beautiful and it makes the penis bigger. When thy naked, men, you fall in love, so beautiful. (B10)

7.2.2 Prozess und Faktoren der Reflexion

Nachdem nun die einzelnen Einstellungen der Frauen angeführt wurden, stellt sich nun die Frage, wie und welche Faktoren zu dieser Meinung geführt haben. Die Mehrheit der Frauen hat in ihrem Heimatland nicht über FGM/C nachgedacht oder die Praxis hinterfragt, oftmals, da die Befragten im Kindesalter beschnitten worden sind und daher kein Wissen oder Informationen über die Beschneidung besaßen. Dennoch reflektierten auch manche Interviewpartnerinnen, die im Erwachsenenalter nach Österreich kamen, nicht über

FGM/C. Aufgrund dessen ist meist von einer unhinterfragten Sichtweise im Herkunftsland auszugehen, obwohl es auch bereits ablehnende Ansichten im Herkunftsland gab.

Im Folgenden wird der Werdegang jeder Interviewpartnerin angeführt, um die diversen Meinungen, die von Multikausalitäten geprägt sind, aufzuzeigen. Die Gliederung nach thematischen Inhalten wäre in diesem Fall nicht zielführend, da die einzelnen Einstellungen von Komplexität gekennzeichnet sind und mehrere Faktoren beinhalten.

Es ist anzumerken, dass viele verschiedene Faktoren die Meinungen der Frauen – zum Zeitpunkt der Studie – beeinflusst haben. Es gestaltet sich jedoch unmöglich, jene zu inkludieren, die möglicherweise unterbewusst Einfluss auf die Ansichten der Frauen hatten.

Die veränderten, ablehnenden Meinungen der Frauen lassen sich auf Bildung, Aufklärung, die eigene Betroffenheit und Erlebnisse, Migration, Religion, der Kontakt zu anderen Kulturen und Menschen, sowie Medien zurückführen.

Befragte 1 „Jetzt ich alles verstehen“

Die erste Befragte, die im Alter von 17 Jahren nach Österreich kam, reflektierte in Äthiopien nicht über die Praxis, da sie ein Kind war. Durch die Migration nach Österreich und den Deutschkurs erhielt sie Informationen über FGM/C und bildete sich danach selbst weiter: *„Ich habe keine Zeit über das Denken, ich bin Kind. Nicht Interesse. [...] Jetzt ich alles verstehen deswegen. Früher in meine Familie verstehe nicht ganz, jetzt ich verstehe was schlecht oder gut.“* (B1)

Zudem führte sie Diskussionen mit ihrem Bruder im Herkunftsland, der eine Vorbildfunktion für sie hat und die Beschneidung ebenfalls ablehnt. Diese Faktoren führten zu dem Wunsch, sich in Zukunft aktiv in den sozialen Medien gegen die Praxis auszusprechen.

Ich weiß schon was ich sage, dann schauen 3.000 Leute, ich sage das ist Geschichte, das ist schlecht, Österreich das das haben, warum Äthiopien das machen? [...] In Österreich und Äthiopien ist ganz andere. Ich habe gesehen, hier nicht machen, warum in Ethiopia das machen. Mann und Frauen gleiche. Nicht Mann hoch und Frauen nicht. Aber meine Sprache, ich sage das später. (B1)

Die Faktoren, die die Meinung der ersten Befragten beeinflusst haben, sind die Migration nach Österreich und die damit zusammenhängende Aufklärung und Bildung im Rahmen des

Deutschkurses, die von einer unhinterfragten Sichtweise zu einer ablehnenden geführt hat und zu dem Wunsch, sich aktiv gegen FGM/C auszusprechen.

Befragte 2 „Ich habe gehört, das ist nicht gut“

Die zweite Befragte, die mit 27 Jahren nach Österreich kam, hatte bereits vor der Migration eine ablehnende Haltung, da sie in der Schule in Äthiopien über FGM/C aufgeklärt wurde. Zudem ist ihre Schwester im Gesundheitswesen tätig und trug ebenfalls zu der Aufklärung über FGM/C bei. Des Weiteren erinnert sie sich an Informationen in den Medien (Fernsehen und Radio) in Äthiopien. Sie betont, dass ihre Eltern ihr nichts über die Konsequenzen der Beschneidung erzählten und sie dies primär in der Schule lernte.

Ich in der Schule lernen, was gut später Problem. Nicht meine Eltern for me, das Problem, das Problem kommt, nein nicht gesagt. Ich habe selber in der Schule gelernt, das Probleme kommt. Aber zu Hause ist alle Gedanken, meine Eltern das ist machen ist richtig. Aber in der Schule ich habe gehört das ist nicht gut. (B2)

Die Tatsache, dass sie bei Beschneidungen anwesend war und diese miterlebte, beeinflusste ebenfalls ihre Sichtweise FGM/C gegenüber: „Ich habe gesehen Nachbarin früher, Kinder so weinen, so krank. Ich habe gesehen, so viele weinen auch, so Krankheit. Sie geben Kinder nicht so lange Zeit. Das ist große Problem.“ (B2)

In Bezug auf ihre eigene Beschneidung vermutet sie, dass sie im Alter von ungefähr einem Jahr beschnitten worden ist und Typ I erfahren hat. Dennoch spürt sie die Konsequenzen bis heute, die ihr Eheleben beeinflussen:

Zum Beispiel sie hat wenig Gefühl, so wenig. Zum Beispiel nicht schneiden Frauen sie hat so hoch Gefühl, diese schneiden Frauen diese keine Gefühl, so wenig. Und dann mit Männer immer Problem das. Ich bin verheiratet, ich habe nicht so viele, ich habe keine Gefühl. (B2)

Die zweite Befragte wies bereits vor der Migration nach Österreich eine ablehnende Haltung gegenüber FGM/C auf, die im Zusammenhang mit Bildung, Medien, familiären Diskussionen und der persönlichen Betroffenheit sowie dem Erlebten steht.

Befragte 3 „Ich hab‘ nie gedacht“

Die dritte Befragte arbeitete sowohl im Herkunftsland Sudan und einem anderen afrikanischen Land, als auch derzeit in Österreich im Gesundheitswesen. Sie war im Alter von 32 Jahren als sie nach Österreich gekommen ist und schilderte, dass sie in ihrem Herkunftsland und dem anderen afrikanischen Land FGM/C als Normalität betrachtet hat.

Das Thema wurde während ihrer Ausbildung nie behandelt. Dies führte dazu, dass sie erst durch ihre berufliche Tätigkeit in Österreich auf die Folgen und die Hintergründe von FGM/C aufmerksam wurde. Dies wiederum lieferte den Anstoß zum Umdenken und es folgten Reflexion, Recherche und Austausch mit verschiedenen Communitys und der eigenen Familie. Die daraus gezogenen Erkenntnisse resultierten in einer ablehnenden Einstellung.

Ich hab' nie gedacht. Es ist kein Thema. Ich bin [im Gesundheitswesen, Anmerk. d. Verf.], aber es war kein Thema. Ich denke nicht an, ich mache kein Sorge. Ich hab' auch nicht gedacht, jemand beschnitten soll oder nicht, weil es ist kein Thema in Sudan, überhaupt nicht. [...] Erst wenn ich hier gekommen, dann hab' ich mich nur gefragt, warum, was ist falsch mit FGM. Dann hab' ich angefangen zum Lesen, zum mich informieren, ich habe wirklich nicht so Recherchen, Study. Ich hab' von Anfang an hab' ich mich beschäftigt mit mir selber und mit meiner Familie und mit meine Bekannte und mit der community, damit ich die Wahrheit von den Leute bekommen und nicht von irgendwo Study die gemacht. [...] Und dann hab' ich draufgekommen, hab' ich mein, nicht mein Meinung geändert, weil ich hab keine Meinung dagegen oder damit vorher, aber dann hab ich draufgekommen es sollte nicht sein. Es ist unnötig. Ja und das ist mein Vorstellung, es sollte nicht, dürfte nicht sein, muss nicht sein. (B3)

Die Rolle der Migration in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung wird von der Interviewpartnerin als zweiseitig angesehen. Zum einen kann die Migration einen positiven Effekt haben, denn mit Aufklärung und Informationen besteht die Möglichkeit, die Menschen für die Thematik zu sensibilisieren. Zum anderen kann sich die Migration negativ auswirken, falls den Menschen aus praktizierenden Ländern mit Druck, Strafen oder negativer Berichterstattung begegnet wird.

Ja, aber die gefährliche Sache kann sein: Positiv oder Negativ. Wenn es ist gut erklärt, wenn man Zeit nimmt, damit er auch selber das verstehen, dann positiv. Aber wenn dann mit Druck und mit negativen Beispiel mit Strafen, mit negative Bedeutung, Verstümmelung mit Media und dann man hat Angst und Angst dann macht wirklich viele negative Sache. [...] Migration hat Einfluss, aber wie dann ist die Sache (B3)

Zudem verweist sie auf den Aspekt der Prä-Migrations-Beschneidung, um Frauen auf ihrer Reise vor Vergewaltigungen zu schützen. Dabei lässt sich sagen, dass die Migration an sich einen Beschneidungsgrund darstellt.

Aber es gibt auch Beschneidung vor Migration, weil unterwegs gibt es die Vergewaltigung, es ist ein Schutz, die Frauen die zugenäht, kann man nicht kaputt machen, wie sagen sie. Kann sein sie wissen schon, es ist verboten in diese Land, weil gibt es immer diese Kontakt mit SMS, mit WhatsApp, welche Land ist gut, welche Land gibt schnell Asylum und dann passen sie auf, hier gibt es kein Beschneidung. Dann mache ich die Beschneidung in meine Heimat. Ich weiß ich geh in ein Land, die fremd und so und ich weiß nicht ob es das gibt es [...] dann mache ich, bevor ich bevor ich

dort gehen oder mache ich weil es ist Fluchtgeschichte und gibt es viel Vergewaltigung gibt es kein Schutz vor die Männer oder bin ich allein mit meiner Familie, kein Mann mit mir, dann mach ich das, es sind mehrere Faktoren. (B3)

Aus dem Gespräch mit der dritten Befragten geht hervor, dass sie die Beschneidung während ihres Lebens ins Afrika nicht hinterfragt und sie diese als universell angesehen hat. Selbst die Tatsache, dass sie in einem anderen afrikanischen Land und im Gesundheitsweisen arbeitete änderte nichts daran. Erst die Migration nach Österreich und ihre berufliche Tätigkeit in diesem FGM/C ablehnenden Land und der daraus resultierenden Informationsbeschaffung in der Familie und den Communitys führten zu einer Reflexion über FGM/C und schließlich zu deren Ablehnung.

Befragte 4 „Ich dachte das ok, das ist schön, aber dann...“

Die vierte Befragte wurde im Alter von 9 Jahren zwei Mal beschnitten und erzählte über ihre Ahnungslosigkeit und die Konsequenzen nach der Beschneidung, die ihr bis heute in Erinnerung sind.

Ich war so kleine, also wie kannst du das verstehen, ich war so kleine. Die haben mir gesagt, das ist gut, ja ich geb' dir Geld, hat meine Mama gesagt und es waren viele Frauen, die schauen alles und Frauen, die sitzen und ja ich dachte das ok, das ist schön, aber dann, danach ich war so müde. Ich hab' in der Nacht nicht geschlafen, weil es juckt mich, ich kann nicht kratzen, ich kann nix machen [...] (B4)

Die Tatsache, zwei Mal mit Typ III beschnitten worden zu sein – aufgrund nicht ordnungsgemäßer Heilung nach dem ersten Mal – und die zuvor erwähnten Konsequenzen führten zu einer ablehnenden Haltung gegenüber der Praxis. Die Beschneidung wurde von ihrer Mutter und Großmutter verlangt, ihr Vater sprach sich dagegen aus. Es wurde dennoch umgesetzt, da die Mutter als Matriarchin in der Familie sich diesbezüglich durchsetzte. Die Beschneidungen ist ihr wie folgt in Erinnerung:

Erste Mal sie, Mama selber, sie war draußen, sie war nicht neben mir, erste Mal. Sie sagt, ich will nicht Blut sehen, ich habe Angst, ich kann nicht sehen das. Dann warum machst du sowas? Und danach, ich habe nicht geweint, erste Mal. Die haben mir egal, Kleid und so haltest du deine Mund. Ich hab' nix gesagt bis wann es fertig ist. Dann sie war so glücklich, sie hat mir Geld gegeben, sie hat eine schöne Kleidung, somalische Kulturkleid gegeben und ja [...] aber zweite Mal ich habe geweint. Ich habe meine Vater auch gebetet, ich hab' seine Fuß gehalten, bitte, ich will sowas. Er hat gesagt: ‚Gehst du‘, egal wann du tot bist, auch interessiert, weil keiner hört ihm zu. (B4)

Nach der Migration nach Österreich wurde sie bei einem Interview im Rahmen des Asylverfahrens und in einer Volkshochschule (VHS) auf die Beschneidung angesprochen,

unter anderem stand das Angebot einer Deinfibulation im Raum. Zudem erhielt sie, da sie zum Zeitpunkt der Studie schwanger war, im Krankenhaus Informationen über FGM/C.

Ja ich habe gesehen auch, viele Mädchen auch, dass sie sich geöffnet haben in Österreich. Ich war auch, wann ich neu gekommen, alles neu gekommen. Auch mir gefragt und so, in der Schule, wie ich war Schule, es wird auch mir gefragt und ja ich habe gesagt ich will nicht sowas auch und ja es ist so. Und ja in Österreich seit ich angefangen, es wird darüber immer gefragt und geredet, ob du möchtest. In der Schule, ob du sich öffnen lassen möchtest. Ich war in VHS Schule. Wir hatten auch Arzt, in Schule war auch einen Arzt, wir hatten Sport. Er hat gefragt, nur somalische Frauen. Meisten auch von somalische Leute, am meisten. Äthiopien und Ägypten es ist nicht so oft, aber bei uns ist so viel das. Es war mir so schwierig, ich war ganz neu, kein Deutsch und ja meine Noten waren nicht so gut, aber andere alle Sachen war ich sehr gut. (B4)

Primär führten die zwei Beschneidungen und die daraus resultierenden Konsequenzen bei der vierten Befragten zu ihrer ablehnenden Einstellung, die bereits vor der Migration nach Österreich stark existent war. Darüber hinaus erhielt sie im Rahmen der Migration und Integration, sowie der Schwangerschaft in Österreich Informationen über FGM/C.

Befragte 5 „I feel not like a normal woman“

Bei der fünften Befragten (18) , die im Alter von 15 nach Österreich kam, lässt sich ihre ablehnende Haltung gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung auf die eigene Erfahrung zurückführen. Die Tatsache, im Alter von 7 Jahren, die extremste Form der Beschneidung (Typ III) erfahren zu haben und die Konsequenzen bis heute zu spüren, führte zu einer anhaltenden Ablehnung gegenüber FGM/C. Zudem verwies sie auf ihre Macht- und Hilflosigkeit, als Kind in jungen Jahren beschnitten worden zu sein und kein Mitspracherecht gehabt zu haben.

I was small girl and I don't know how the world is working, small lady and I can't understand what's going on, I was at the age of 7 when I get cut, my life changed and they made me angry, this is really an injury and I'm not feeling well and also my heart is broke and also my feeling is not good. [...] It's really hard situation, I feel not like a normal woman, when I get the female genital circumcision, this is really hard situation, I feel not like a normal as before and it's like you know infection and the period is already gone and also in the bed I don't sleep good until now [...] it's not only two weeks it's continue until you are open your virgin until you open it's continuing this feeling, it's not about the pain of cutting, it goes longer, maybe 25 years. Only when you married you can open and that a really bad situation. (B5)

Die persönliche Erfahrung, in ihrer Kindheit Typ III unterzogen worden zu sein, die traumatischen Erinnerungen an das Prozedere, sowie die psychischen und physischen Konsequenzen führten bei der sechsten Befragten zu ihrer negativen Einstellung

gegenüber FGM/C. Auf die Frage, ob sich ihre Meinung durch die Migration nach Österreich änderte, antwortete sie: „*When I was young and I also when come here all the time I don't want it to continue this bad culture*“. (B5) Die Migration nach Österreich änderte somit nichts an ihrer Meinung, bot ihr jedoch die Chance einer Deinfibulation.

Befragte 6 „Ich habe Angst bekommen“

Die sechste Befragte kam im Alter von 18 Jahren nach Österreich und ist nicht persönlich betroffen. Als Kind, im Alter von 10 Jahren, wünschte sie sich die Beschneidung, da ihre Cousinen diese ebenfalls anstrebten.

Ich wusste es nichts was ist das, was wird das gemacht, wie wird das gemacht, wo, was, wann. Und meine zwei Cousinen haben gesagt, ja sie müssen das machen, weil sie wollen Schule fertig machen und sie wollen nicht vorher schwanger werden, deswegen ist dieses Beschneidung wichtig [...] und ich habe gesagt ich will auch das machen, weil ich habe nur meine Cousine gefragt wie wird das gemacht, sie hat gesagt, da kriegst du eine kleine Schnitt und das ist schon Beschneidung und das ist alles. (B6)

Dem Wunsch zum Trotz, hielt ihre Großmutter sie davon ab, da sie noch zu jung sei, denn die Beschneidungen fanden im Alter von 13 bis 16 Jahre statt. Ihre Einstellungsänderung über die Praxis ist darauf zurückzuführen, dass sie bei der Beschneidung ihrer Cousinen anwesend war, diese miterlebte und anschließend ablehnte. Die Interviewpartnerin schilderte den Ablauf der Beschneidung sehr detailliert, daher steht zu vermuten, dass dies ein prägender Moment für sie war.

Ja, ich habe gesehen [...] natürlich ich habe gesehen, springt Blut, fast zu Leute, [...] ich habe Angst bekommen und ich habe mich versteckt und ich bin nicht mehr und dann meine Cousine nach der Heilung, warum hab' ich das gemacht, ich schäme mich, warum hat Mama das gesagt das das nicht gut ist, aber sie wollten. (B6)

In Kenia obliegt es den Mädchen, ob sie beschnitten werden wollen oder nicht. Die Befragte wurde nicht gezwungen und im Alter von 18 Jahren migrierte sie mit ihrer Mutter, die einen österreichischen Mann heiratete, nach Österreich und die Beschneidung war kein Thema mehr.

Da [...] ich Erwachsene, da ist mir nicht auf die Idee zugekommen, weil ich habe schon meine Cousinen gesehen, die bereuen sich und die Zeit hat immer geändert. Damals in unsere Familienkreis, dass die Kinder sagen: 'Ja, ich bereue mich, warum bin ich beschnitten, da machst du das, ich fühle mich so allein in der Situation.' Ich habe das alles mitbekommen, dann habe ich irgendwie ja dann ist das nicht mehr Thema geworden, dann war ich schon unterwegs mit Burschen und dann ja. (B6)

Die sechste Befragte ist zwar nicht persönlich von FGM/C betroffen, hat aber die Beschneidung und die anschließende Reue ihrer Cousinen miterlebt, was zu ihrer ablehnenden Haltung führte. Die Tatsache, dass es Kindern in Kenia zumeist freistand, beschnitten zu werden, ermöglichte es ihr, sich bis zur Migration nach Österreich mit 18 Jahren gegen die Beschneidung auszusprechen. In Kenia musste sie teilweise mit Ausgrenzung leben, was kein Problem für sie darstellte. Im Erwachsenenalter in Österreich steht eine etwaige Beschneidung für sie nicht im Raum.

Befragte 7 „I wanted it”

Die Tatsache, dass FGM/C oft als religiöses Erfordernis gilt, verdeutlichen die Erzählungen der siebten Befragten. Ihre Sozialisation beruhte darauf, dass die weibliche Beschneidung erforderlich ist, um eine gute Muslimin zu sein und beten zu können.

When I was asking my mum will you cut me, I believed that all Muslim girls must be cut. That's what I was taught, that I was hearing from the community from everyone, everyone, that's a religious thing. Or for example if you are Muslim you have to pray, to have to believe in good and read the Koran, pray, cut, if you are not even cutted you cannot pray. So that's a huge thing and they make it Islamic thing and it's not. (B7)

Im Alter von 13 Jahren bestand sie darauf, beschnitten zu werden und fragte ihre Mutter mehrmals, wann es so weit sei. Sie wünschte sich die Beschneidung, da sie sich als unbeschnittenes Mädchen beim Kontakt mit Jungen unwohl, unsauber und beschämt fühlte. Die Befragte vermutet mit Typ I beschnitten worden zu sein.

I was so tall, you know, the other, the boys talk to me, I felt embarrassed every time, when someone tell me, 'hey can we...yeah', they want to seduce me and I knew I'm not cleaned, that's what the community teach me. I asked my mum many times. [...] It was late and I was tall and I was like really like women, physically, that's why the men thought I'm women already and this made me so embarrassed all the time and I felt like ashamed and unclean and unwanted. [...] I was always feeling like oh my god, a man told me that he likes me and I'm not still cutted, oh my god, how ashamed, how embarrassed, how disgusting [...] and I ask many times my mom, she always, she never said it's ok, you are clean, it's no problem, she never said, she said, 'Oh my god, I'm also worried, we have to prepare you', you know I wanted it. I wanted. (B7)

Ihre Reflexion über die Beschneidung startete im Jugendalter, als sie die Konsequenzen der Beschneidung bei ihren Cousinen miterlebte, die starke Schmerzen bei der Menstruation hatten.

I think when I was still in my teenage time, I was living with my uncle, who has 6 girls around my age and we were together, we grow about together, we were living together, and I remember when they get the period they were so sick. [...] So this was

the start of my understanding FGM. [...] That it's not good. [...] I didn't think about it that much, but I knew it's not right. (B7)

Durch die Migration in ein Nachbarland Somalias lernte sie aufgrund ihres Berufs und dem Austausch mit Menschen und unterschiedlichen Communitys, dass FGM/C nicht mit der Religion, sondern vielmehr mit der Kultur in Zusammenhang stand.

Later I went to another countries, neighbor countries, I lived in [...] for some years and then I came back. Because of my profession and the Communitys and the different cities I have visited, I understood better, you know, I studied, I understood really well that this is, this is not right. [...] First country that I went and I had friends [non-Muslim] [...] they were even surprised, that I thought, that it's only Muslim thing and that's when I start realizing or finding out it is not about religion, it's about culture, control of women by men. Form there I started researching, reading then I went to university and then bigger and bigger and this internet came and more and more, so [...] I educated myself later you know. I was reading a lot and I understood better, that was like eye-opener, because I thought before it's only Muslim thing, that's what they told us. (B7)

Die Meinung über ihre Beschneidung, die sie sich im Kindesalter wünschte, änderte sich ebenfalls: „*I regret it, I really regret it because I realized it's not even human. It's so rude you know, to cut someone's private part.*” (B7) Sie kritisiert, dass ihre Mutter in die Beschneidung, ungeachtet der Tatsache, dass sie bei der Beschneidung möglicherweise hätte sterben können, einwilligte, um sie für ihren zukünftigen Ehemann vorzubereiten.

You know, my mum did because she was preparing for me and my future husband and he was waiting somewhere, my future husband. She did not know if I would die, if I die because of the FGM, because of the bleeding from the consequences, she doesn't know, she didn't know what could happen and she was thinking about future husband, you know. Maybe there was no future husband for me and he is not thinking about it, it's not his business to think about, but it is his right, to get cutted, cleaned women. You see the point? (B7)

Die Migration nach Österreich änderte nichts an ihrer Meinung, dennoch spielten das Erlebte, die Migration in andere Länder, sowie der Kontakt zu Menschen mit anderen Religionszugehörigkeiten und Bildung eine Rolle, die zu der heutigen, ablehnenden Meinung beigetragen haben.

Befragte 8 „It was accepted and normal for me”

Bei der Befragten aus Äthiopien spielte die Migration nach Österreich eine wesentliche Rolle in Bezug auf ihre Meinung gegenüber FGM/C. Bevor sie mit 40 Jahren nach Österreich gekommen ist, hat sie in verschiedenen afrikanischen und europäischen

Ländern im sozialen, juristischen und politischen Bereich gearbeitet und betrachtete die weibliche Beschneidung stets als Normalität.

Als sie nach Österreich migrierte, dachte sie bis zu dem Zeitpunkt als Waris Dirie nach Österreich kam, dass alle Frauen hier beschnitten seien. Durch die Geschichte und Aufklärungsarbeit von Waris Dirie begann sie die Praxis zu hinterfragen, was zu ihrer heutigen ablehnenden Haltung führte und der Tatsache, dass sie seither aktiv gegen FGM/C kämpft.

I worked in [...] for 4 years, I worked in [...] for 3 years, I was stationed in [...], so I have worked that, and then you know, I am not aware. I have never talked, I have never - except in Austria, when Waris Dirie brought them, so at that time I have started to work, but before no, because I don't know, it was accepted and normal for me. [...] I didn't say ok or banned, but I took as a normal phenomena, it was a normal phenomena, because I have no knowledge, I don't know anything, you don't speak about Sex, because Sex is a taboo, a taboo. (B8)

Because lack of knowledge I was occupied and I was thinking that everybody is circumcised here in Austria and then I have learned through discussion, radio, television, I'm watching, I have learned a lot. I have learned, I have worked, and people were very very nice also. [...] In my opinion what influenced me, to recognize, to recognized the problem and the suffering of the women. It was hidden before I know it. Before I know it was hidden everything, it was taken as a normal. But after I heard so many activities are going, so many things are people doing, so because of that I said I will fight. (B8)

Ihre eigene Beschneidung mit Typ I fand 45 Tage nach der Geburt statt, da es ohne Beschneidung nicht möglich gewesen wäre, in die Kirche zu gehen: *“Me, it was done 45 days after I was born, because I must be also baptized, without Beschneidung you cannot go to the church, you must be cutted,” (B8)*

Die Migration nach Österreich spielte bei der Reflexion der Befragten eine wesentliche Rolle, da sie dadurch auf Waris Dirie und in weiterer Folge auf die Hintergründe von FGM/C aufmerksam wurde. Durch diesen Anstoß widmete sie sich in der Selbstrecherche mithilfe von Diskussionen, und Medien dem Thema, was in einer aktiven Bekämpfung resultierte. Trotz der Tatsache, dass sie, bevor sie nach Österreich migrierte, in vielen afrikanischen und europäischen Ländern beruflich tätig war, nahm sie die weibliche Beschneidung als gegeben an und dachte, dass es in Österreich ebenfalls praktiziert wird.

Befragte 9 „The society doesn't want it any longer”

Die Befragte 9 aus Nigeria befürwortet die weibliche Beschneidung zwar, spricht sich jedoch gegen die Ausübung aus, da sie aufgrund des sozialen Drucks nicht mehr notwendig ist. In

ihrem Umfeld sind alle Frauen beschnitten: “*My mother is circumcised, my grandmother is circumcised, I'm sitting down in front of you, I'm circumcised.*” (B9) Sie fühlt sich als beschnittene Frau (Typ I) wohl und äußert sich dazu wie folgt:

I feel good, because I believe that I can stay for a year, two years, three years without a man. It has not to do with me. I feel good. If I'm not circumcised, I will not feel comfortable, I will be looking for a man. (B9)

Ihre persönliche Ansicht änderte sich durch die Migration zwar nicht, doch in Bezug auf ihr Handeln beziehungsweise die Ausübung verweist sie zum einen darauf, dass es von der Gesellschaft nicht mehr erforderlich ist und zum anderen in Wien auch nicht möglich wäre.

Because nobody is interested and doing it any longer. [...] The society doesn't want it any longer. [...] Everybody civilized, I can't have a baby child, female child now, come to Vienna hospital, please I want to cut my baby, I want to do circumcision for my baby. There is nobody else than me. They will ask me are you ok? Do you have a mental disturbance? Who is going to do it? Nobody. That's it. (B9)

Die Befragte 9 äußerte zwar ihre Befürwortung von FGM/C, sprach sich jedoch aufgrund des nicht vorhandenen gesellschaftlichen Drucks, der Zivilisation und der Gesetzgebung in Wien gegen die Ausübung der Beschneidung aus, sodass gesagt werden kann, dass die Migration nach Österreich zwar keinen Einfluss auf ihre Einstellung, aber dennoch auf ihr Handeln hatte.

Befragte 10 „I don't support anymore”

Die Ansichten der Befragten aus Nigeria waren vor und während des Interviews klar. Sie befürwortet die Beschneidung und diese Meinung hat sich durch die Migration und den 8 Jahre langen Aufenthalt in Österreich nicht verändert. Sie selbst verweist darauf, Typ I erfahren zu haben und äußert sich zu der Frage, wie sie sich als beschnittene Frau fühlt, insofern:

I feel good, because it really helped me during my secondary school, I don't feel like making love with any man, no, 'til I was 22 years old. [...] So it really helped me, but I have somebody, that is not circumcised, the girl, since 12 years she have already making love with guys and she quickly, when a guy, a man touch her, she quickly know the emotional quickly came to her and she feel like to make love, but me, no, that emotion is dead in me, I don't have emotional, to see a man or to feel like making sex until I decide on my own, but I decided I'm big enough and I'm not a small girl. (B10)

Die Reflexion zu FGM/C fand im Rahmen dieses Interviews statt. Der Kontakt beziehungsweise das Gespräch und die Ansichten zwischen der Forscherin – einer unbeschnittenen Frau – und der Interviewpartnerin, das im informellen Teil am Ende des

Interviews Einzug fand, öffneten ihre Augen und sie änderte ihre Einstellung: Durch die Reflexion sprach sie sich gegen die weibliche Beschneidung aus.

This is from mind, so the circumcision didn't not work, but I believe it's worked, that is was made me not to go to the boys, because everybody speak about it. [...] Now I want to change my intention now, so that I don't think that if a women is not circumcised doesn't mean that they go to bed. [...] If I have a female children, it is not necessary, from what I have heard about from you now. I changed my mind, I don't support anymore. (B10)

Des Weiteren verwies sie drauf, dass sie während ihres Lebens in Nigeria die untergeordnete Rolle von Frauen in der Gesellschaft akzeptierte und ihr die Migration nach Österreich die Möglichkeit bot zu reflektieren.

When I was in Nigeria, I also support this also, when a woman don't have this, when the woman cannot have the right to do anything, I supported it, but when I came to Austria, I see the difference, there is difference so much. Now I didn't support this no more, I don't support that women should not have right, I support women that have the right, I support women that have freedom. (B10)

Die überzeugte Einstellung, die weibliche Genitalbeschneidung sei gut und hilfreich änderte sich durch die Migration nach Österreich nicht. Der erstmalige Kontakt im Rahmen des Interviews zu einer unbeschnittenen Frau, die andere kulturelle Ansichten teilte, führte zur Reflexion und änderte ihre Meinung gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung – hin zu einer Ablehnung.

Befragte 11 „Damals war glücklich und stolz“

Die Befragte aus Kenia, wurde mit 13 Jahren auf eigenen Wunsch hin mit Typ I oder II beschnitten. Sie forderte die Beschneidung, weil es alle anderen Mädchen angestrebt haben und sie in der Schule ansonsten keine Freund*innen mehr gehabt und Ausgrenzung erfahren hätte.

Weil wenn wir Schule gegangen, wir haben alles gesprochen was wir machen, August, wenn Schule gesperrt, das alles, meine Freundin sie macht das, jeder und jeder wird. Ich habe gemacht, wegen Kontakt, sonst nix mehr, alleine [...]. (B11)

Ihre eigene Erfahrung führte zunächst zu Freude und Stolz, die jedoch in derzeitiger Traurigkeit mündeten. Diese ist auf Reue zurückzuführen und die Tatsache, einen Teil seines Körpers verloren zu haben.

Uh, damals war glücklich und stolz, aber später in a paar Jahre, dann wieder traurig, weil große Schade gemacht auch, wenn ich denke, zum Beispiel diese Schmerzen habe gehabt, diese Wunde habe gehabt, diese Wunde so gestinken habe, so ich bin selber

gestinkt, andere Geruch bei meine Körper, ohne Ahnung wie obwohl diese Wunde ist jeden Tag gewaschen ist, das ist fürchterlich und diese Schmerzen war fürchterlich und diese Wunde war fürchterlich und dieser Geruch war fürchterlich und dann Haut ist tot, meine Hautteile ich selber ermordet und ich lebe, ist das normal? Fleisch ist tot und ich lebe aber. Fürchterlich. [...] Oh sehr traurig, Teil ist weg, ich lebe nur, meine Prozent ist tot und ich lebe noch, das ist, ich bin noch immer nix 100%ige Mensch. [...] Aber jetzt es ist zu spät, ich bin traurig, dass ich habe das gemacht, aber was ich soll ich machen, später ich bin draufgekommen, das was große Schaden. (B11)

Die Migration nach Österreich zählt zu Faktoren ihrer veränderten Einstellung. Obwohl ihre Reflexion bereits in Kenia begonnen hat, konnte sie diese in Wien aufgrund der unterschiedlichen Kultur in vertiefter Form fortsetzen und nennt als Metapher „das Bauen eines Gebäudes“ (B11).

Ich glaube eher mehr da [Wien, Anmerk. d. Verf.] eher mehr, vielleicht bin ich dort in Kenia bisschen, nur da, ich habe mehr das, zum Beispiel wie eine Gebäude gebaut. [...] Damals ich habe schon in Kenia gesagt, ich bin ein bisschen draufgekommen, nur nicht so wie heute, heute ich bin noch mehr geworden. [...] Hier in Wien ist andere Kultur, weil ich habe mehr gelernt, noch bessere Kultur und andere Erfahrung und andere Gefühl, komplett anders. [...] Ich habe viel gesprochen mit Freundin oder Doktorin und Kinderbetreuung, ich habe viele Kontakt mit Frauen und ich auch selbst, ich bin draufgekommen, selber, ohne jemand sagen, bitte warum hast du das, ich bin draufgekommen und diese Kultur hat mir noch weiter. (B11)

Die Faktoren ihres Umdenkens umfassen das Kennenlernen einer anderen Kultur und den Austausch mit Menschen, sowie die eigene Erfahrung. Die Migration nach Österreich bot der Befragten die Möglichkeit ihre Reflexion in vertiefter Form auszuüben, was zu ihrer ablehnenden, heutigen Einstellung gegenüber der Praxis führte.

7.2.3 Die Rolle von FGM/C in Wien

Während drei Frauen sich privat oder beruflich mit FGM/C befassen, gaben 5 Frauen an, das erste Mal in Österreich im Rahmen des Interviews über FGM/C zu sprechen. Vereinzelt wurde das Thema in Österreich bisher über Medien und die Präsenz von Waris Dirie wahrgenommen.

Während die Mehrheit das Thema als tabuisiert wahrnimmt, „weil es betrifft Sexualität, das betrifft Kultur, das betrifft Religion. Es ist ein gemischtes Thema, und community sehr sensitive, sie wollen sich nicht mischen.“ (B3), sprechen sich 3 Frauen darüber aus, dass es kein Tabu sei und es in Österreich möglich ist, darüber zu sprechen. Keine der Frauen fühlt sich in Österreich aufgrund FGM/C direkt diskriminiert, wobei jedoch die Diskriminierung von Bekannten und Verwandten vor allem im Gesundheitswesen und durch die Mediendarstellung erwähnt wurde.

Existenz

Die Existenz der weiblichen Genitalbeschneidung in Wien wird von der Mehrheit der Frauen angezweifelt. Lediglich 1 Frau hat davon gehört und verweist auf den geheimen Charakter von FGM/C.

Ich habe etwas ungefähr Kleinigkeit gehört, vielleicht diese Muslime machen Geheimnis nur ich bin nicht sicher, ich habe mit jemanden da gesprochen, ich kann mich nicht erinnern, [...] vielleicht Mädchen kann man Spezialist diese Muslime haben Frau kommen macht das in Wohnungen. (B11)

Als Gründe für die Nicht-Existenz werden mehrheitlich das österreichische Gesetz, die Aufklärung, die Kontrollen, sowie die Frauenrechte genannt. Ebenfalls die Tatsache, dass Männer FGM/C nach der Migration nicht mehr fordern, wird erwähnt.

Ich glaub nicht, weil die haben Angst, weil die wissen, dass hier sowas verboten ist und man darf sowas nicht hier machen, deswegen glaube ich nicht. Aber es ist echt auch wie ich sage, es ist alte Kultur, jetzt junge Männer und Männer überhaupt die wollen sowas nicht [...] weil weißt du hier ist jetzt manche Männer haben Angst, weil eine Frau kann eine Mann Beschwerde machen hier, sie hat viel Recht, deswegen jeder Angst. (B4)

They know in Austria it's clear, if you cut your daughter you can go to jail some years. [...] They know it's Austria it's so clear. [...] Other countries for example Sweden or England or so, they are not strict, but Austria - that's what we believe as Somalis - if Austria tells you something and there is a law, it should be followed the way it is, there is no other way around. [...] So they are afraid of, I think, they cannot do it. [...] So that's why I am happy for the girls. (B7)

If I would have a baby girl I would like, but if I live in Nigeria, but now I'm in Österreich, except maybe there is a doctor that can help me yeah, I will do it. But if there is no doctor, that can do it for me, there is nothing I can do. [...] I support FGC but I cannot do it because of the law. (B10)

Jene zwei Frauen, die die Beschneidung befürworteten, wussten hingegen nicht darüber Bescheid, ob Österreicher*innen die weibliche Genitalbeschneidung ausüben: *"I didn't know maybe here in Austria, they didn't believe in it? Are they doing it here? Are you practicing circumcision for female child in Austria too? Are you doing it too?"* (B9). Eben diese beiden Frauen besaßen keine Kenntnis über die Gesetzeslage Österreichs in Bezug auf die weibliche Beschneidung, während die anderen 9 Frauen darüber Bescheid wussten, dass es strafbar ist. Eine der beiden Frau äußerte sich über die Information, dass FGM/C in Österreich verboten war, wie folgt:

But I believe, cutting the clitoris is not to be supposed to be forbidden, you save the baby from going to boys, so why did they say it's forbidden bla bla bla, no, because

when you don't circumcise a female girl, it's very easy to go the boys, it's very easy for boys to take her, very easy, because cutting off the clitoris help girls very well, you will not feel having sex, you will not feel like no, you can be with boys talking and there nothing will happen, because the emotion is not there, they already cut it off, I think it's the best. (B10)

Obwohl es sich um die männliche Beschneidung handelt, soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Freundin einer Befragten ihre Söhne nicht beschnitten ließ, da der Vater dagegen war. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich um eine interkulturelle Ehe handelt und der Vater Österreicher ist.

I have a girlfriend, this girlfriend married to an Austrian man and the children boys and these boys are not circumcised and I asked her why she did not like to circumcise her children and she said, that the father did not want, the father is from Österreich and I said 'ok'. Because the father did not want. (B10)

Alternativen

Als Alternative, da die Beschneidung in Österreich nicht möglich und *vacation cutting* ebenfalls verboten ist, erwähnte eine Befragte, dass eine Freundin aus Nigeria in Österreich seit 4-5 Monaten kochendes Wasser für die Klitoris ihrer Tochter nutzt, um sicherzustellen, dass diese nicht wächst.

What they are doing now for girls, for baby girls, they are using boiled water, when it's hot, with a napkin, a little clothes, you put it inside the hot water, you use it, so that's the clitoris, maybe it can go inside, it will not coming out, because they believe when the clitoris is inside, they did not cut it, [...] every day in the morning, in the evening they use it to massage, every day, in the morning, in the nights, in the morning, every day, for many month. [...] I don't know if that works, but that's what they are doing now, some people, that they don't want to cut the clitoris, but I think the cutting is, I like the cutting of the clitoris, it's better. (B10)

Ein andere Alternative stellt das *vacation cutting* dar. Die Mehrheit der Befragten glaubt nicht, dass *vacation cutting* in Österreich vorkommt, während 2 Frauen in ihrem Bekanntenkreis davon gehört haben: „Das ist nichts einfach, aber sie nehmen auf Urlaub, zu Hause und sie macht dort.“ (B11)

There is a friend that told me that any time she takes her children to Nigeria, that before she come back, she will circumcise her children, because the white men don't allow. She said any time she would go. As an African woman that any time she will have the children to Nigeria, that she would do it, but I think it will be too late to her, because when the children grow up and when the child is already growing up, it's not easy, you can't just take a 17-years-old child and ok now I'm going to circumcise you. They will say: 'Mama are you crazy, was ist das?'. This is a big problem, then it's too late [...]. (B10)

Eine weitere Feststellung einer Befragten war, dass *vacation cutting* durch die beschränkten Reisebestimmungen im Zusammenhang mit Asyl nicht möglich ist und überdies bei der Migration in ein fremdes Land andere Themen im Vordergrund stehen.

A lot of people came like recently, like 5 years something like that, so there is not enough time or possibility to think about to go to vacation to Somalia and cut your daughter. There are a lot of things to deal with, learning the language, the kids are in school now, new system so, they have to adapt this culture, this system here, you know. I think it's not possible for next 10 years, but now it's not possible, most of the people who have asylum there are not allowed to go to Somalia, that's good for our girls, really good. I'm really proud of this law, I'm so happy, because it's saving a lot of girls from this rude culture. (B7)

Dennoch besteht die Möglichkeit, dass Frauen über 18 Jahren, die in europäischen Ländern leben, in die Herkunftsländer reisen, um sich beschneiden zu lassen, zum Beispiel, wenn sie einen Mann aus der eigenen Community heiraten wollen und dieser auf einer Beschneidung besteht.

They cannot cut here, they cannot do it here, but some countries for example England they used to take girls to vacation back home and then they do it there. [...] But in England they also stopped it, they ban it, they do if you go on vacation to Africa, when you come back they check the girls, small girls. You cannot do it before she decides herself or she is old enough or she is 18, so they still, you know, they still go after 18 because if she wants to marry in the community. [...] They went to Africa when they are older to do it, because there are professionals who can do, that's the thing. You are from London and you are cutting someone's body in Somalia, especially maybe countryside or small city, it doesn't even make sense, they don't even have health system, there is nothing. (B7)

Einstellungen in Communitys in Wien

3 Frauen konnten aufgrund des privaten oder beruflichen Kontextes Auskunft über die Einblicke über die Einstellung in den jeweiligen Communitys in Wien geben. Alle drei Frauen bestätigen, dass es in Wien Personen gibt, die FGM/C befürworten und gerne ausüben würden, es jedoch zumeist aufgrund der Gesetzeslage nicht tun.

Es lässt sich festhalten, dass diejenigen, die keinen Kontakt zur Community haben, denken, dass es niemand befürwortet. Jene Frauen hingegen, die Kontakt haben, wissen, dass FGM/C nach der Migration in Wien teilweise noch befürwortet wird. Als Grund für die Befürwortung der Praxis in Österreich nennt eine Befragte, dass es unter anderem „aus Schutz vor der offenen Welt hier die Freiheit, die andere Kultur hier“ (B3) weiterhin gutgeheißen wird.

Eine Befragte (B7) äußert sich sogar darüber, dass die Mehrheit der somalischen Community es gerne weiterführen würden, da es ein Teil ihrer Kultur ist. Zudem bereitet es befürwortenden Frauen in Wien Sorge, falls Sie mit Mädchen schwanger sind und Töchter nicht säubern können.

The majority would love to do it, would love to continue their culture, to practice their culture [...] and I know personally some people who are worried about if they have girls. If they for example, they even discuss, oh my god, I wish I couldn't have a girl, because she cannot change it, she has a girl, she cannot change it, she cannot make her a boy. She is already here and she regrets it, the mother is regretting because she cannot cut her girl, she has a girl in Austria and she knows she cannot cut her in Austria and even she goes somewhere and if an Austrian doctor or someone finds out she can go to the prison, so there is no way she can do it that's the mother is worried about why did I bring this girl to the world, because I cannot make her clean. There is no possibility to clean, to clean her. That doesn't mean that she hates her daughter, she means I love my girl and I want to make her clean. [...] I can give you an example, I don't want to say a name [...] she got pregnant, and they find out that it's a girl and he said oh my god, I have to take her to Somalia, when she is born, to be cut. (B7)

In Bezug auf die Einstellung äußerte eine Befragte, dass sich in der Community (Sudan) eine Tendenz zu Typ I (Sunna) verzeichnen lässt und nennt gleichzeitig die Herausforderung diesen Typ abzuschaffen.

Die Meinung glaub ich, wenn ich an mein community selber denken ja, Sudanesen, Infibulation, Exzision sollte nicht sein, auch meistens sind dagegen, die hier leben, haben viel Information. [...] Gibt es Frauen die sagen, nein wir wollen nicht total beschnitten, schrecklich aber die Sunna (Typ I), ist die beste Form, weil die Sunna betrifft die größte Angst, die Sexualität. Das ist für die Sauberkeit, das ist spirituell. Bis jetzt das glaub ich wird die challenge, wie kann man das ändern? (B3)

Auf die Frage, ob die Frauen Institutionen oder Beratungsstellen in Wien kennen, die sich mit FGM/C beschäftigen und wo Unterstützung oder Informationen eingeholt werden können, verneinten 8 Frauen, sie wissen oder kennen keine Organisation. 1 Frau nannte hingegen eine Institution während 2 Frauen auf zwei Institutionen in Wien verwiesen. Dabei handelt es sich um jene drei Frauen, die sich beruflich oder privat mit FGM/C befassen.

7.2.4 Diaspora

Von den befragten Frauen haben 10 Kontakt zu ihrer Familie, Freund*innen oder Verwandten im Herkunftsland. Es wurde unter anderem gefragt, welche Einstellungen die Verwandten und Bekannten gegenüber FGM/C haben. Es lässt sich sagen, dass die

Meinungen variieren und es sowohl ablehnende, als auch befürwortende Haltungen seitens der Verwandten in den Herkunftsländern gibt.

Befragte verfügen teilweise über das Wissen, dass Beschneidungen in ihrem Familien- und Bekanntenkreis bis heute praktiziert werden. Vereinzelt wurden jedoch lediglich Vermutungen und Hoffnungen geäußert, aufgrund der Tatsache, dass sie nicht vor Ort sind und somit nicht mit Sicherheit sagen können, ob Beschneidungen weiterhin praktiziert werden.

Während eine Befragte über die Beschneidung ihrer Schwester sprach, nannten andere die gesamte Familie oder einzelne Familienmitglieder, die die Beschneidung befürworten oder unhinterfragt praktizieren, wohingegen eine Befragte aus Kenia auf die veränderte Einstellung ihrer Community einging.

Yes, nobody said it's not good, everybody accept it, they believe in it, it is the best. Only some little people say it's not good, the educated people, they went to university, they will tell you this is not good, they only tell it's not good, they say should stop it, bla bla, bla. (B10)

At the beginning they love it, because they believe that's the only way to control a female child of feeling on always when they see a man, that's their believe. Due to civilization wipe everything away from them. (B9)

Einfluss der Diaspora

Die meisten Befragten mit ablehnender Haltung schätzen, dass sich ihr Einfluss auf die Einstellungen und das Verhalten von Menschen im Herkunftsland in Grenzen hält, sie jedoch teilweise bereits Meinungsänderungen erzielen oder zur Reflexion beitragen konnten. Der Einfluss reicht dabei jedoch meistens nicht über die engste Familie, wie Geschwister, Cousins und Cousinen sowie Nachbar*innen hinaus. Auf die Frage, ob die Beschneidung in ihrer Familie praktiziert wird, antwortete die Befragte aus dem Sudan: „Ja gibt, jetzt in meiner kleine Familie ist nicht mehr, wenn ich sehe zum Beispiel meine Schwester, mein Bruder oder andere Bruder.“ (B3)

Der Einfluss, den manche Befragten haben, lässt sich zum Teil auf ihre gesellschaftliche, berufliche oder familiäre Stellung und das damit verbundene Vertrauen zurückführen.

Meine Familie hört mich, weil ich bin die Älteste [...] und ich hab' viel Information und ich sag immer die Argumente, aber nicht weil ich bin in Österreich. [...] Ich glaube meine Position in meiner Familie erlaubt mir das zu machen [...]. (B3)

Ich habe ein bisschen Einfluss, Familie und Freunde hören zu, Gott sei Dank. Aber meine Nachbarin auch, sie sagen immer ich bin nett, gescheit, sie ist gut, sie hilft, deswegen sie hören auch zu. (B11)

Eine Befragte, die selbst betroffen ist, sprach mit ihrer Mutter und verwies dabei auf die Komplikationen und betont die Ernsthaftigkeit, die mit dem Thema einhergeht:

Ich sag sie das, das nicht gut ist. Jetzt sie wird nicht meine Schwestern machen, weil ich habe gesagt, wann du es zu meine Geschwister machst ich werde dir nie wieder ‚Mama‘ sagen und ich werde dir nie mit dir Kontakt sein. Und sie sagt, ja das war Fehler und ja. Jetzt ich werde die nicht machen, weil es nicht gut. Jetzt sie hat geschnitten, es sind fünf Mädchen, wann sie sowas macht, das nicht gut. Sie hat gesagt, sie wird nicht denen machen. (B4)

Um möglichst großen Einfluss auszuüben wird von einer Befragten verfolgt, ihre Cousine stets daran zu erinnern, welche Schmerzen und negativen Erfahrungen sie selbst bei der Beschneidung erlebt hat. Auf die Frage, wie sie ihren Einfluss einschätzen würde, antwortete sie:

Not that much, but some yes. For example the cousin [...], she has 3 girls now and as I know, and that's what I want to believe, she will not cut her girls, because I always remind her the pain that she went through. So I, I want to believe it and that what she tells me. We have a good contact and good relationship you know, and I hope it's true, I hope it's real. (B7)

Als Vorteil, den die Migration mit sich bringt, kann die räumliche Distanz gesehen werden, die das Schamgefühl verringert, über FGM/C zu sprechen und somit die Möglichkeit bietet darüber zu diskutieren. Eine Befragte konnte dadurch die Beschneidung ihrer Nichte verhindern, indem sie Telefongespräche mit ihrem Bruder über FGM/C führte, die Face-to-Face nicht möglich gewesen wären:

Und natürlich dann durch Diskussion, weil es ist gibt es kein wir sehen nicht einander, dann der Telefon nimmt diese Schamgefühl und ja bin ich hier in andere Kultur dann ich vertraue mich über solche Sachen zu reden [...]. (B3)

Jene Befragte, die im Rahmen des Interviews ihre Einstellung gegenüber FGM/C änderte, strebt eine Aufklärung und einen Einfluss in ihrer Community im Herkunftsland an.

I'm going to tell them when I go to Nigeria, I have to let them know this. Thank you. Happy to hear this, I'm hearing this for the first time, so I'm happy to share from you, your story. When I go home, I'll try tell them, to educate them, I will tell them, I have a friend, she is not circumcised, she don't go from bed to bed, this is from mind, this is a decision. [...] I'm happy to hear this, I'm so happy. I can share with my friends. This should not force their female children to circumcise, yeah, I try to share with them. (B10)

In umgekehrter Form, in Bezug auf den Einfluss des Familien- und Bekanntenkreises der Herkunftsländer auf die befragten Frauen in Wien lässt sich folgendes sagen: Alle Frauen gaben an, dass die Verwandten im Herkunftsland keinen Einfluss auf ihre Einstellung haben. Einzig eine Befragte gab an, dass sie die Familie möglicherweise in ihrer Aufklärungsarbeit beeinflussen könnte.

FGM gehört zum Bekämpfen, sie können mir nie beeinflussen, das nicht, aber wie kämpfe ich, wie beachte ich, wo beachte ich, wo muss ich aufmerksam sein, diese Sache ja. Die Sache die ich [...] hier vergessen, weil ich bin andere Kultur, sie sagen mir dann ‚Ah‘, ‚Ah‘, wenn das so, dann niemand dich glaubt, oder wenn das so, dann wird niemand dich hören, solche Sachen. (B3)

Herausforderungen und Machtlosigkeit

Trotz der Tatsache, dass Frauen auf der einen Seite einen möglichen Einfluss auf die Community im Herkunftsland haben, kann auf der anderen Seite festgestellt werden, dass die Kontaktaufnahme durch schlechte Familienverhältnisse, die Tabuisierung oder das Desinteresse seitens der Community erschwert wird. Dies gründet darauf, dass es als kulturelle Normalität angesehen wird, weshalb oftmals nicht verstanden wird, warum darüber gesprochen oder dies gar hinterfragt werden sollte:

Ich hab‘ versucht, aber es ist, sie schließen, sie sehen kein. Genau wie ich hier gekommen, sie sehen, warum reden wir? Das braucht man nicht reden, es ist alles in Ordnung, es ist alles normal? Es kommt nicht in Diskussion, warum redest du mit uns? Was ist denn? (B3)

Na, das ist gar nix, wenn du sowas redest, sie sagen, warum redest du so eine altmodische Geschichte, das ist a Blödsinn, das musst du nicht darüber reden, das bringt nix. (B6)

Ausnahmen bilden jene Verwandten, die ebenfalls migriert sind und/oder bereits eine ablehnende Haltung gegenüber FGM/C haben. Als Beispiel kann der Kontakt einer Befragten (B3) zu ihrem Bruder genannt werden, der ebenfalls nach Europa migriert ist oder der Kontakt jener Befragten (B1) zu ihrem Bruder im Herkunftsland, der eine ablehnende Haltung gegenüber FGM/C hat.

Neben der Herausforderung, dass die Menschen nicht darüber sprechen wollen, nennt eine Befragte, dass die Verwandten und Bekannten ihr nicht zuhören und sie nicht ernst nehmen, da sie unbeschnitten, kinderlos und unverheiratet ist, sowie mit psychischen Problemen zu kämpfen hat. Diese vier Aspekte machen es ihr unmöglich, dass ihre Verwandten ihr ein offenes Ohr schenken oder sie Einfluss ausüben kann, da sie nicht

dazugehört beziehungsweise aufgrund ihrer Nicht-Erfahrung sich nicht in der Position sieht, andere aufzuklären. Die Distanz spielt hierbei nur eine untergeordnete Rolle:

Weil ich nicht beschnitten bin, sie werden mir nicht zuhören. [...] Ein bisschen schauen sie mich erniedrigt, [...] solange ich keine Kinder habe auch, was werde ich sie erzählen, die haben schon Beschneidung gehabt, die haben Familie gegründet, die haben Männer gefunden, die sind glücklich zu Hause, was werde ich sie erzählen über Beschneidung. Ich habe nie Kinder geboren, ich habe nie eine Mann gehabt zum Heiraten ehelich, ich habe psychische Probleme auch dazu, was werde ich dies erklären heutzutage. [...] Sie werden sagen, Beschneidung, wenn meine Kinder beschneiden wollen, sie können beschneiden. (B6)

Trotz der Tatsache, dass die räumliche Distanz die Scham nehmen kann über FGM/C zu sprechen stellt sie in einem anderen Kontext ein Hindernis dar. Eine Befragte äußerte, dass das Vertrauensverhältnis, welches aufgrund der Migration möglicherweise verringert wurde, bei einem erneuten Besuch wiederhergestellt werden muss, indem eine Annäherung an die lokale Kultur erfolgt.

Sie werden sehr skeptisch, muss ich beweisen, dass ich bin nicht geändert, dann muss ich wirklich zum Beispiel Kopftuch tragen, so wie die Leute dort benehmen, damit sie mich hören. [...] Wenn ich jetzt wie euch kämpfe und das manchmal bin ich frustriert, warum, das sollte nicht sein, dann sie akzeptieren sie mich nicht, dann bin ich euch, bin ich die andere Kultur, die ihnen Angst machen. Wir müssen immer in die Schuhe von die andere, damit wir wirklich dann verstehen. (B3)

Frauen aus der Diaspora werden oftmals als verändert oder zu westlich betrachtet und daher nicht (mehr) ernst genommen, was auch aus dem Interview 10 hervorgeht:

No one believe me, because when I was in Nigeria, we were all the same, I'm the same with them, now they see the way I'm talking I'm different from them. My eyes are open, I know everything, I have my freedom, I'm happy and I will try to tell them, but no one believe me, no one want to listen to me [...]. They will say: 'The white people changed you', [...] the white people had changed your brain, the white people had change your mind, that's what they will believe, but some will listen. (B10)

Diese Herausforderungen können unter dem Blickwinkel der Sozialisation gesehen werden und der Tatsache, dass die Menschen im Herkunftsland in dem ihnen bekannten System leben. Es sei unmöglich Menschen, die in einem anderen System sozialisiert worden sind, zu 100% zu verändern, dennoch können sie überzeugt werden.

You know, according to 'The Psychologist' people can only have their ideas until 6 years. After that only you just put what you have heard from others, but sometimes you can convince but you can not 100% change [...] it is necessary to consider that people out of 6 years to change, it is a long process, slowly. It is possible to change, but not in every matter, it varies, from where you come also, it varies [...]. (B8)

Eine weitere Herausforderung stellt die eigene Machtlosigkeit dar, die mit der räumlichen Distanz einhergeht und von zwei Befragte Frauen aufgegriffen wurde. Während eine hofft, dass ihre Mutter ihre Geschwister nicht beschneiden lässt, dachte die zweite Befragte, sie könnte ihre jüngste Schwester in ihrem Heimatland vor FGM/C schützen, indem sie mit ihrer Mutter sprach und diese aufklärte.

Meine Mama auch jetzt kann ich sie nicht glauben, vielleicht sie wird auch meine Geschwister machen, aber kann man nicht versichern, weil ich bin nicht dabei. Ich habe ihr gesagt, aber sie kann auch mir nicht sagen, aber ich glaub nicht. Ich hoffe. Ich glaube sie. (B4)

I talked, I begged her, like so badly, so that she doesn't cut my youngest sister. [...] I believed that she listened to me, that she accepted, that's what I believed, I was so happy, I told my friends I saved my sister, my youngest sister, I was so happy. Finally, one of the other sisters told me, she is not safe anymore, my sister and I was so sad and I was so angry with my mum. I told her, hey, there is nothing more we are talking about and she says 'Hah!' That's when she told me. I'm sorry about you, I pray always, I pray to God that you become normal and clean your daughter. Forget about your sister, she is cleaned already so I pray to God, that you clean your daughter. So I said: 'Shut up'. She will not be cleaned you know, she is clean that I know. (B7)

Sie verwies darauf, dass sie auf die Beschneidung ihrer anderen Schwestern nicht verhindern konnte, da sie in dieser Zeit keinen Kontakt zu ihrer Mutter hatte. Daher schmerzt es umso mehr, die eigene Machtlosigkeit eingestehen zu müssen:

I want to save one of my sisters, so I had a hope, that I'm not in the only my small family, I mean small family, only my kids and my husband, I taught I'm bigger than that, I taught I'm influencing my mom, that's how big I felt and she disappointed me. She said: 'Shut up'. [...] I'm sorry for me and for my uneducated and ignorant people, especially I'm sorry for my for my sister, I don't know why only this one, but maybe because she is the only one I believed I could save her. (B7)

Aufgrund des Vertrauensbruchs, der Enttäuschung und der Respektlosigkeit, die sie seitens ihrer Mutter erfahren hat, besteht seitens der Befragten die konstante Angst, dass ihre Tochter bei einem Heimatbesuch beschnitten werden könnte. Zum Schutz ihrer Tochter, den sie in Österreich gewähren kann, verzichtet sie auf Heimatbesuche mit ihrer Tochter, bis sie 18 Jahre alt ist:

I don't want to take my daughter near future to her, you know, because my daughter cannot understand now that much and if something happens to me or if I can go somewhere and leave them there or some days because we have huge family, the country is big, and I couldn't leave my kids to my mum. I cannot believe her now, that she will not cut her. So for now until she is 18, until she can fight with her I will not take her. (B7)

Druck

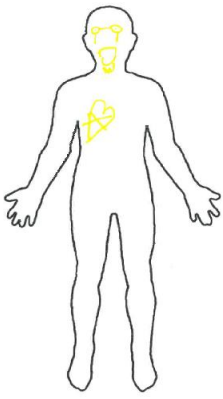
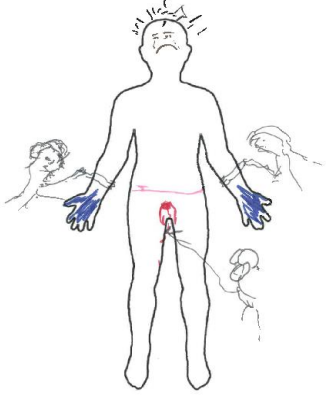
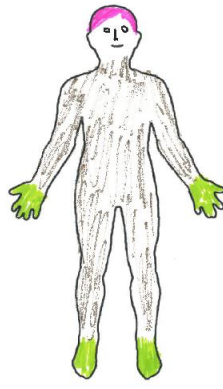
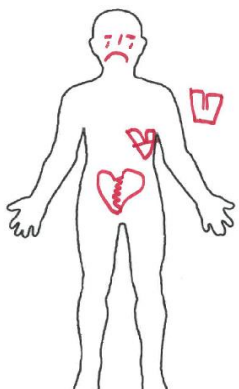
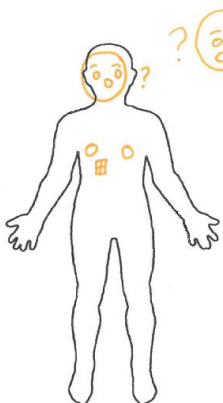
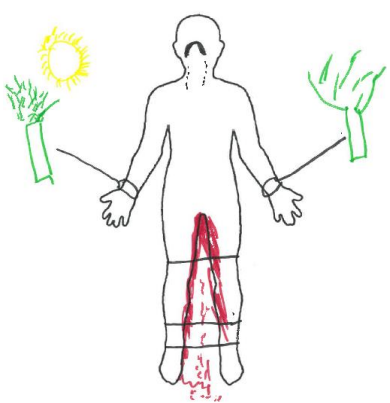
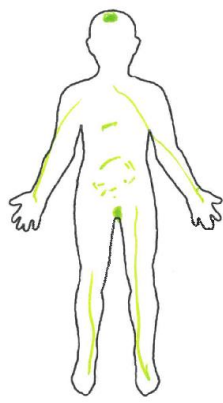
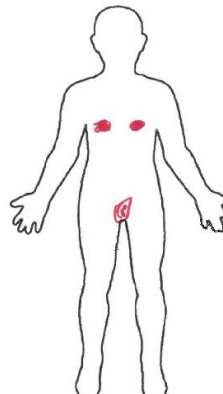
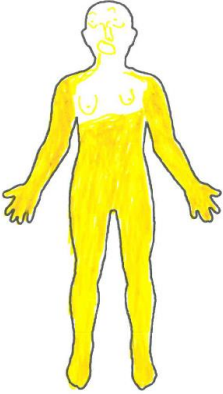
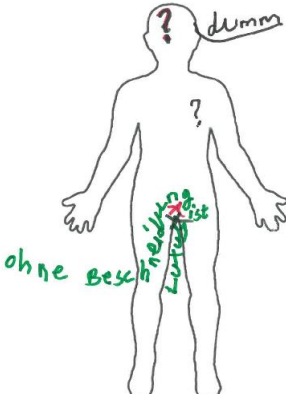
Diese Frau stellt die einzige von den 11 Frauen dar, die Druck von ihrer Mutter aus Somalia verspürt, die genitale Beschneidung bei ihrer Tochter durchzuführen. Alle anderen Frauen verspüren keinen Druck, sich selbst (erneut) zu beschneiden oder die eigenen Töchter beschneiden zu lassen.

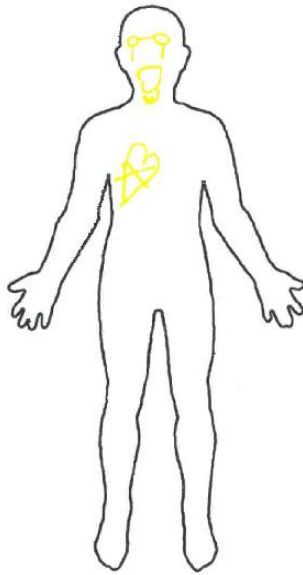
Der Druck auf die Interviewteilnehmerin geht von ihrer Mutter aus, die sich die Beschneidung ihrer Enkelin wünscht, beziehungsweise fordert. Sie verweist darauf, dass sie keine gute Muslimin sei, die Tochter nicht rein und dadurch nicht fähig zu beten. Aufgrund ihrer ablehnenden Haltung und der Tatsache, dass sie ihre Tochter nicht beschneiden lässt, wird sie von ihrer Familie in Somalia als verrückt betrachtet.

They totally believe that I'm crazy, I'm totally crazy for their eyes. I'm crazy, I'm against the religion, against the culture, that's what they believe, who loves me so much, thinks I'm crazy and I'm not good Muslim anymore because I'm not cleaning my daughter. [...] My mom she is always asks me oh my god, how do you want her, why, what are you doing with her, she is not clean, she cannot pray. I tell her, mom, forget about the pray, she can pray, oh my god, you are even not good Muslim anymore, that what my mum calls me, because I'm not cleaning my daughter. (B7)

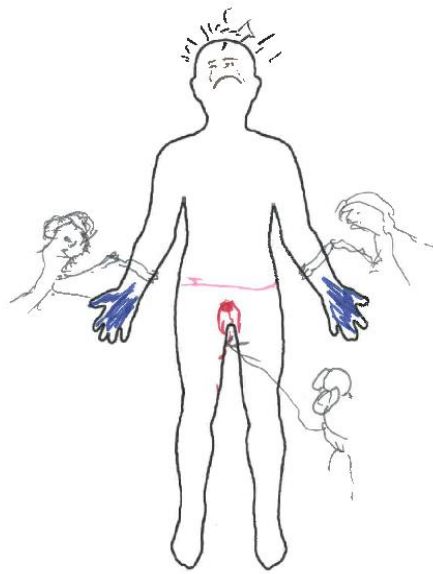
In Bezug auf diese Fragestellungen wurde überdies von zwei Frauen der Druck seitens der österreichischen Gesellschaft oder vielmehr des Gesundheitswesens erwähnt, wobei der ständige Druck zur Deinfibulation verspürt wird. Zudem wurde darauf eingegangen, dass sie, wenn sie jetzt im Herkunftsland wären, vermutlich Druck verspüren würden, wie eine Befragte schilderte: „Yes they would tell me I have to do it, but I have to tell them that Nigeria is different als Österreich, this is not allowed.“ (B10)

7.3 Body Maps

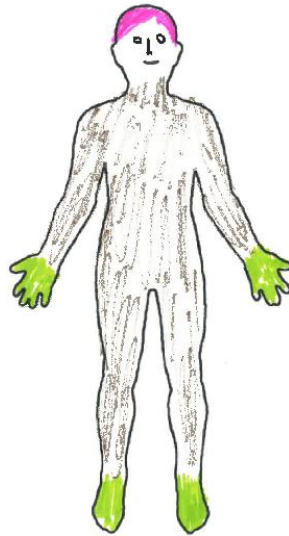
Body Maps der 11 befragten Frauen zum Thema weibliche Genitalbeschneidung		
		
		
		



„Frauen geschnitten, ihr Herz ist gebrochen. Das ist schlecht, es ist Trauer. Ich habe nicht gut gezeichnet. Ist traurig. Hier ist gebrochen, sie ist traurig, nicht lustig. Weil sie geschnitten wurde, wegen das ihre Herz ist traurig. Beispiel, ich bin traurig, ich nicht raussagen, aber meine Herz ist immer kleine, früher, ich war Kind, Geschichte, ich erinnere immer. Ich vergessen nicht das. Das ich klein, geheiratet, müssen mit Mann geschlafen. Ich vergesse nicht. Das Herz ist gebrochen, weil geschnitten worden ist. Sie ist traurig sie hat keine Lust. Sie hat keine, was bedeutet, Hormone, wegen sie ist geschnitten.“



„Eine traurig sein, wenn geschnitten. Sie hat nicht Glück, sie ist traurig, sehr traurig, nicht Glück. Sie hat viele weinen, auch geschnitten sein. Zum Beispiel warum weinen? Zum Beispiel schnitten, dass für Frauen ja, zum Beispiel geschnitten hier geschnitten, warum weinen? So viel Blut, so viel Schmerzen. Ja und auch immer sagt Frauen ‚Schnittszeit‘, Eltern fragen, bitte helfen, so viele weinen, ich will nicht, ich will nicht, ja nicht Glück, so viel Blut. Manchmal auch ja, zum Beispiel bis hier ohne Kleidung eine Frau schnitten, so viel weinen, sie sagt mit Hand ‚Hilfe‘, sie weinen ‚Hilfe‘. Es ist eine dunkle Zeit, sie hat nicht Glück. Sie sagt immer helfen. Ihre Eltern helfen. Bitte. Bitte. Ja schneiden, so Blut kommt. So viele weinen und unten ohne Kleidung. Ok. Schneidezeit ihre Haare so nicht schön. Sie macht hier kaputt. Eine traurige Frau. Mädchen Schneidezeit, sie hat so viele weinen oder unten Haare, sie immer sagt, sie will helfen, weil niemand helfen, sie muss Hand machen oder andere Frau hilft halten, andere auch hier halten und da schnitten. Andere Leute hier angreifen und halten und andere Frau hat hier zum Beispiel halten. Andere Frau auch hier halten aber Männer nicht schauen. Keine Ahnung. Immer Frauen. Oh mein Malen ist schlecht. Zum Beispiel das auch eine Frau ja, eine Frau halten, eine Frau hier zum Beispiel hier sie macht schnitten. Sie macht schnitten. Andere halten. Kinder schau was kommt, weinen so viel, so Schmerzen, so viel Blut. Das ist nicht krank Blut, nur Körper Blut. Das ist so schlimm. Das große Problem. Ohne Kleidung, zum Beispiel ‚dress‘ Kleidung oben machen oder nur T-Shirt tragen, alle Kleidung oben machen. Kleine Kinder ist nur oben T-Shirt machen. Für große Kinder immer halten Hand. Sie hier machen ‚Nein‘, ‚Nein‘. Für so kleine Kinder nur Mama halten und andere schnitten.“



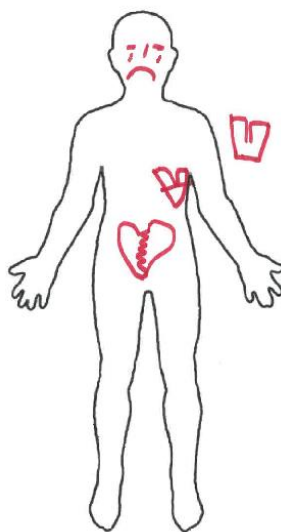
„Ja, ich habe gemalt eine Mann, weil es ist die key person in FGM. Wenn ich an FGM denken, ich denke, wenn die Männer ihre Meinung darüber ändern, wenn die Männer ohne Angst von Frauenkörper, Frauensexualität, fröhlich denken, so unsere Gefühle auch, weil rosa das ist unsere Farbe, die Mädchen- und Frauenfarbe. Wenn sie uns verstehen, besser verstehen, wie uns denken, dann sie fühlen uns. Er lächelt, ich denke, wenn die Leute draufkommen, ihre Angst zu bewerten, warum hab ‘ ich Angst vor dieser Sache, sie werden lachen aus sich selbst, weil unsere Sexualität sollte keine Angst machen. Das ist etwas, das ist schön, wie er seine Sexualität lebt und er ist glücklich müssen die anderer. Ich glaub es ist, wenn ich die Zukunft mit anderen Augen sehen, dann werde ich glücklich. Ich bin sehr optimistisch, die Änderung, kann man schaffen, mit die richtige Sachen, zum Beispiel ich sehe Geduld, weg von die Media, Zeit geben, diese Aufklärung von die Community selber, ich sehe das machbar, weil ich das in mein Familie erlebt. Jetzt haben wir jetzt, haben wir keine Beschneidung. Wir haben bis jetzt, 5 Mädchen sind nicht beschnitten. Alter ist zwischen 21 und 3 oder 4 Jahre, können wir schaffen. Können wir schaffen, ist nur wenn wir ein bisschen ändern und wenn wir gehen zu positive Sache, machen die positive Sache, das sehe ich so. Und Körper braun, weil das ist die Erde-Farbe, das wir sind grundsätzlich gleich, von Gefühle, von Sache, wir essen wie ein anderer, wir schauen wie ein anderer, wir haben Sex wie ein anderer, die ‚Basic‘ Sachen im Leben, es ist wie, das heißt, sie haben Rechte, wir haben Rechte auch. Hände und Füße es ist unsere Durchsetzung, die Sache die wir, wir setzen die Sache durch unsere Hände und Füße, wie gehen wir, wie machen wir? Das ist unsere ‚Do-Instrumente‘, und ‚Do-Instrumente‘ muss immer gut sein, grün ist gut, so denke. Ich denke, wenn die Männer so denken, dann wird besser gemacht.“

Befragte 4



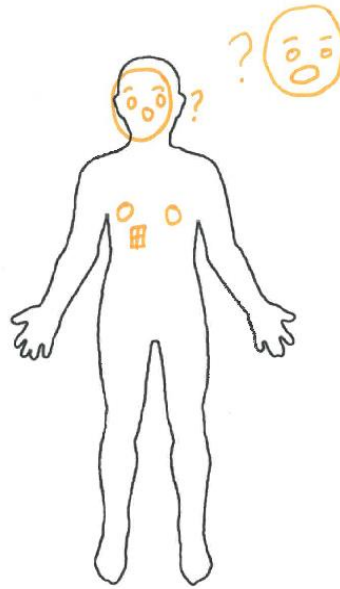
„Rot ist Blut von mir aus. Ich male hier rot, ganze unten, weil es kommt auch Blut nach unten. Wird geschnitten, wird hier, mit diese Dinge zugemacht, das du nicht zu Fuß gehen kannst. Auch wann sie geheiratet ist und sie ist erste Mal mit ihre Mann zusammen und sie ist geschnitten, kommt viele Blut. Bei normale Mädchen kommt ein bisschen, aber bei ihr Schmerzen mit viel Blut. Kann sein jede Mädchen ist verschieden. Das meine Gedanke. Jetzt ist traurige Gesicht, es schaut traurig aus. Braune Hände, weil sie wird auch Henna¹⁰ gemacht diesem Tag, wo sie geschnitten ist. Auch Füße, es wird Henna gemalt. Es ist gebrochene Herz, ängstliche Herz. Sie hat Angst. Aber erst, wann du Kind bist, du denkst das is gute Denken, aber danach wegen Schmerzen und sowas ist nicht gut und du hast Schmerzen, du bist sehr müde, weil etwas Fleisch geht von deine Körper. Und sie sagen, das kann ma' Katze geben, die Fleisch. Rosa Farbe wegen Mädchen, bei oben. Kann sein, dass ist Kleid, weil sie hat immer Kleid. [...] wir könnten nach Somalia fliegen, die Leute dort Interview machen. Ich bin mir sicher, dass viele Beschwerde haben.“

Befragte 5

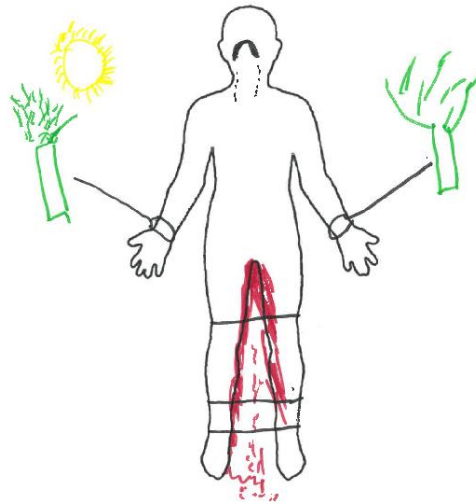


„How can I draw what I feel? I'm sad, this is heart broking, the color of red is when you have a lot of problems when you are angry.“

¹⁰ Dabei handelt es sich um eine temporäre Färbung der Haut im Sinne eines Tattoos (De Groot 2013).

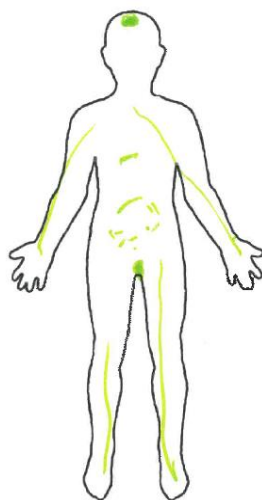


„Die Fragezeichen ist für mich in die Höhe, was habe ich gehört da. Und dann was fühle ich mich, ich fühle mich also überrascht, ja. Wenn ich daran denke, was ich fühle, dann Herz klopft, oder ruhig stellt. Ich denke auch an meine Brust, weil ich habe da Brustverkleinerung gehabt, weil das war nicht notwendig, weil es gibt BH's genug, aber heute sagt man so. Gott sei Dank hat ein Arzt das gemacht, ich habe keine Rückenschmerzen. Die Farbe Orange, weil Orange ist mutig, ich verlier' nicht Mut, es ist fröhlich auch Orange, das ist so wie, das ist eine Zeit zum Bedenken auch. In der Früh ist der Mond gelb-orange und die Sonne, wenn es kommt, ist orange, wenn es ‚sunset‘ ist orange und ich hab' diese Farbe gewählt, weil alles andere ist bisschen zu hart für mich, ich bin ruhiger geworden. Ich bin nicht blass, das kann ich nicht sagen und ich hab' gedacht orange ist eine schöne Farbe, das war das erste und ich habe das genommen. Orange ist eine Farbe, wo man fühlt sich selbstbewusst und hübsch. Ich bin froh, dass ich nicht gemacht. Früher habe ich das nicht gemerkt, jetzt merk ich das. Das bin ich. Was habe ich gehört von die Beschneidung, ich bin erstaunt, ich bin überrascht, meine Herz still, ich denke an meine Busen als Genitalen und ja. Aber das kann man immer ändern, ist nix fix so, vielleicht morgen ist andere Welt.“



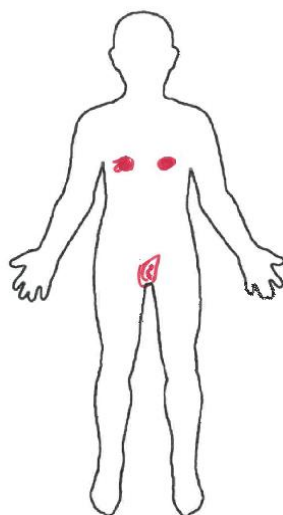
„It's a female, it's me. FGM has nothing to do with a man. I cannot picture FGM with a body from a man, maybe enjoying it, but no, he cannot enjoy it, it's just psychological thing, but he is not even enjoying when he is first time having sex with cutted women, so there is no men, forget about the men. So FGM - body - bleeding. That's what comes to my mind, for me personally, I remember the day it was hot, it was in Somalia, I don't know what season it was, but it was really sunny and hot, so I was bleeding so much and it was around 10 or 11 and also there were small trees, I don't really sure how big the trees were, but I'm sure they tight my hand at tree and tree and my mom was sitting somewhere here, I don't want to picture here. The legs, they tight one here, that's exactly how they tight me. Sad face was not like this, but it's down? I'm not good, my kids will make fun of me, when they see it. “

Befragte 8

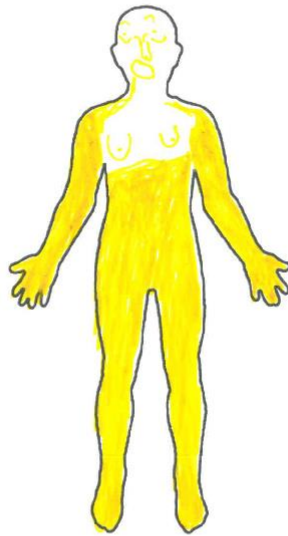


„Everything is connected with FGM I can say, because if your health is totally affected it will touch your body in general. If you, you know, for example, in the pregnancy there is a problem ja and at the same time the FGM because it is infibulation. Infibulation affects the whole body. If you are not ok in your so so, the mind will also be affected, because you will be in bad. This is what I view. FGM should be eradicated. When this one is affected, your mind is also affected here, so you will get, what can I say, total sickness, you know you will be sick, you will be lousy, it affects your children health also, children when you are pregnant. The source will be here (vagina), but it will affect the whole body, especially the mind. It will affect everything. The colour green because I like always, with the environment. That is what I want to say.“

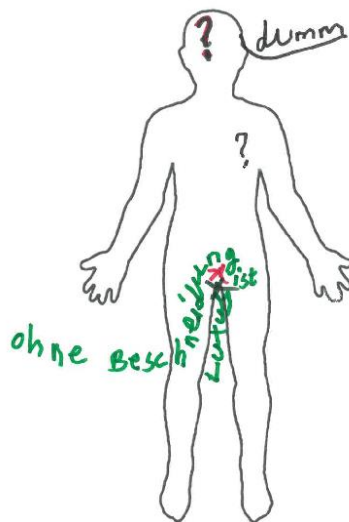
Befragte 9



„Ok it's a girl and I feel that well, crazy and believe, customs that is believe. And the believe our fathers, they believe that is good in our low countryside. But now is no more advice to circumcise a female child any longer. In the past is very good but now in society we have now, is no more allowed, because there is nobody believe in it any longer, they believe in words the bible says, what the Koran says, any local believe no, there is no more. Church started preaching it's not good, it's not necessary, that's why they stop it. I draw the breast and the vagina. The colour red is because that's what they call them female child, it's a female child and because red you feel 'Oh', it's very hot, when a woman feel hot, like a fire. These are the parts that are feeling hot. The feelings, the hot comes out.“



"I support it, I like it, I love it. I don't know how to draw, but this is happy female. It's good for the whole part. Yellow because I like this colour, yellow means good and happy."



„Ich denke es ist falsch mit die rote, rote wo beschnitten ist, mit rote, rot ist gefährlich, schwarz ist tot. Da in der Mitte wo beschnitten ist, ich fühle mich traurig, ich frage mir, warum ich habe das gemacht oder einfach schreiben ‚Dumm‘. Wie schreiben ‚Dumm‘? Ich war nicht so lange in der Schule leider. Herz ist gebrochen, mit die schwarze auch, wo ist Herz? Da? Welche Seite? Fragezeichen, weil ich frage mich warum. Kann ma‘ schreiben ‚Ohne Beschneidung wäre Luxus‘. In Grün, da unten, wie kann man schreiben? Meine Kopf war dumm, so ohne Beschneidung ist Luxus, meine Herz frage immer warum habe das gemacht, so meine Hände steht, so wie auf dem Bild, ich finde das ok. Ich habe Grün genommen, weil es angenehme Farbe, ist Essen auch Farbe ist beruhige Farbe, ist alles, Grün ist was wir essen kommt von Grün, Natur, angenehm, super angenehm oder wenn ich schreibe mit rote passt nicht zusammen, muss alles zusammen sein.“

7.4 Triangulation der empirischen Zugänge

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen die Ergebnisse anderer Studien über Einstellungen diasporischer Gemeinschaften, wobei die Mehrheit ablehnende Sichtweisen gegenüber FGM/C nach der Migration verzeichnen (Hassanen et al. 2019; Johnsdotter & Essén 2016; Mcneely & De Jong 2016; Shahawy et al. 2019; Villani & Bodenmann 2017; Wahlberg, Johnsdotter, et al. 2019).

Trotz der mehrheitlich ablehnenden Haltung gegenüber allen Formen von FGM/C nach der Migration sind in dieser Forschungsarbeit 2 Frauen vertreten, die die weibliche Genitalbeschneidung persönlich befürworten, wobei sich eine auch für die Ausübung ausspricht.

Die Einstellungen der Frauen spiegeln sich in den Body Maps, die als visuelle Ergänzung herangezogen werden, wider. Die mehrheitlichen Gedanken und Gefühle waren negativ, was die ablehnende Haltung der Interviewpartnerinnen bestätigt, die durch eine subjektive und individuelle Weise der Gestaltung illustriert wird. Die ambivalente Haltung, die in Interview 9 geschildert wurde, lässt sich in der Body Map nicht erkennen.

Generell lässt sich feststellen, dass die ablehnende Einstellung der Frauen gegenüber der Beschneidung mit Gefühlen von Wut, Trauer, Angst, Ahnungslosigkeit, Reue und Hilflosigkeit begleitet wird, die befürwortende hingegen von Freude. Weitere Gefühle, die im Rahmen des Body Mappings verbalisiert wurden, waren Ahnungslosigkeit, Überraschung, Hilflosigkeit und Optimismus. Generell waren bei den Body Maps vor allem die Sinne *Sehen*, *Fühlen* und *Hören* vertreten.

Die Body Maps verdeutlichen, welche Gedanken und Gefühle die Interviewpartnerinnen zum Thema FGM/C haben. Die Fragestellung lautete: „*Woran denken Sie bei der weiblichen Genitalbeschneidung und wie fühlen Sie sich dabei?*“

Schlüsselthemen waren unter anderen die körperlichen und psychischen Auswirkungen der Beschneidung, die Reflexion über die Praxis, die eigenen Erfahrungen oder Erlebnisse, sowie Männer als Schlüsselpersonen in der Bekämpfung von FGM/C. Ein Thema, das von den Befragten sowohl in den Interviews, als auch in den Body Maps aufgegriffen wurde und deren Meinung prägte, waren die körperlichen Auswirkungen der weiblichen Beschneidung und die damit zusammenhängenden Gefühle und Schmerzen.

In Bezug auf die Body Map lässt sich sagen, dass 10 der 11 Interviewpartnerinnen Frauen, aber nur 4 davon sich selbst, gezeichnet haben. 1 Frau entschied sich hingegen einen Mann zu wählen. Dies könnte belegen, dass die Interviewpartnerinnen die Ansicht vertreten, dass es primär Frauen betrifft und es eine Frauenangelegenheit darstellt, im Gegensatz zu jener, die einen Mann gezeichnet hat. Letztere ist der Ansicht, dass Männer Schlüsselpersonen in der Abschaffung von FGM/C darstellen. Dennoch verwies eine Frau, die sich selbst zeichnete im Interview auf die Rolle von Männern in Bezug auf die Abschaffung: *„It's men business, 100%, [...] they can say I want uncutted women, it will be automatically stopped, [...] because they do it because for the men, future husband.“* (B7)

Zwei Frauen gingen auf den Ablauf der Beschneidung ein, den sie entweder selbst erlebt oder miterlebt haben. In beiden Fällen (B2, B7) ist der zwanghafte Charakter der Beschneidung zu sehen, da sie die Beschneidungen illustrierten, bei denen die Mädchen an Armen und Beinen festgebunden wurden. Des Weiteren sind bei einer Zeichnung drei Frauen anwesend, die das Mädchen entweder festhalten oder beschneiden während die andere die Umgebung der Beschneidung zeichnete.

Die Farben, die frei von den Frauen gewählt wurden umfassen Rot, Pink, Gelb, Grün, Orange, Braun, Rosa, Blau und Schwarz. Die Farbauswahl basierte auf persönlichen Farbvorlieben und assoziativen Verbindungen, wie Rot für Blut, Wut und Erregbarkeit oder Braun für Erde.

Die Körperteile- und stellen, die gewählt wurden, umfassen den Kopf mit Gesicht, den Oberkörper mit Herz, Brust, Armen und Händen, sowie den Unterkörper mit Beinen, Füßen und weiblichen Geschlechtsorganen. Letztere wurden von 6 Frauen eingezeichnet. Im Bereich des Kopfes wurden Gesichtsausdrücke, wie Freude oder Trauer und der ästhetische Aspekt der Haare eingezeichnet. Darüber hinaus wurde der Kopf gewählt, um das Denken und Fragen zu visualisieren, sowie die gehörten Informationen über FGM/C. Im Bereich des Oberkörpers wurde das Herz von 4 Frauen eingezeichnet, in allen Fällen ist dieses gebrochen. Die Arme und Hände werden im Zwangskontext und als Um- und Durchsetzungsinstrumente eingezeichnet, sowie in einem Fall aufgrund der Körperbemalung Henna. Die Brust wird meistens gekennzeichnet, um darzustellen, dass es sich bei der Body Map um eine Frau handelt. 1 Frau hingegen denkt bei der weiblichen Genitalbeschneidung auch an ihre Brustoperation und zeichnete ihre Brust ein. Im unteren Bereich des Körpers wurden von manchen das weibliche Geschlechtsorgan, die Beine und

Füße bemalt. Letztere sind, wie die Hände, im Zusammenhang mit der Körperbemalung Henna, im Zwangskontext und als Durch- und Umsetzungsinstrumente zu sehen. Die Einzeichnung des weiblichen Geschlechtsbereiches wird von 6 Frauen umgesetzt. Dabei ist auffällig, dass dabei mehrheitlich die rote Farbe verwendet und auf die Blutmenge bei der Beschneidung verwiesen wird. Eine Frau schrieb zusätzlich zu dem Gezeichneten „Dumm“ und „Ohne Beschneidung wäre Luxus“ und verweist damit auf ihre Reue und den Wunsch, nicht beschnitten zu sein. 2 Frauen bezogen sich auf den Körper als Ganzes, 1 im ablehnenden Kontext, wobei sowohl Körper, als auch Geist betroffen sind, die andere im befürwortenden Kontext, wobei die Beschneidung dem gesamten Körper nutzt und sie glücklich darüber ist.

Die Body Maps auf die soziodemographischen Merkmale der Gestalterinnen, wie Alter oder Religion zu analysieren ist nicht die zugrundeliegende Absicht, es lässt sich jedoch sagen, dass auf den ersten Blick keine Zusammenhänge sichtbar sind. Eine vertiefte Auseinandersetzung ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Dennoch ist das Ziel, das mit dieser Methode verfolgt wurde, nämlich die Tatsache, dass die verbalen Aussagen durch das visuelle Element ergänzt werden und sich die Einstellungen der befragten Frauen in den Body Maps widerspiegeln, erreicht.

8 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Migration eine Chance bietet, die eigene Sozialisation zu hinterfragen und liefert oftmals den Anstoß zur Reflexion und Selbstrecherche. Insbesondere die Migration nach Österreich spielte bei 4 Frauen eine wesentliche Rolle, da diese und die damit zusammenhängenden Faktoren Aufklärung und Bildung, berufliche Tätigkeit oder die andere Kultur zu einer veränderten Einstellung führten. Nennenswert ist hierbei, dass zwei Frauen bereits vorab in anderen afrikanischen oder europäischen Ländern gearbeitet haben, aber erst in Österreich auf die Problematik, die FGM/C darstellt, aufmerksam wurden. Dadurch, dass nicht bekannt ist, wie lange die Frauen in diesen Ländern gelebt oder gearbeitet haben, könnte es damit zusammenhängen, dass sie erst in Österreich – jenem Land, in dem sie nun seit 16 und 30 Jahren leben und beruflich tätig sind – im Rahmen der Akkulturation dem Thema begegneten. Zudem wurde FGM/C unter anderem von Waris Dirie angestoßen, was vermutlich zu mehr Medienpräsenz, schärferen Gesetzgebungen und Aufklärungskampagnen führte und das Thema davor nicht in dem heutigen Ausmaß präsent war.

Die männliche Beschneidung wird von der Mehrheit der Frauen als notwendig und normal angesehen. Obwohl die weibliche und männliche Beschneidung nicht vergleichbar sind, ist es dennoch von Bedeutung, dass Frauen die männliche Beschneidung – wie auch aus der Studie von Wahlberg, Essén, et al. (2019) hervorgeht – teilweise als selbstverständlich einordnen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die männliche Beschneidung von den Befragten als universal, religiös, gesundheitlich erforderlich, und als sexuell anziehend beziehungsweise attraktiv betrachtet und nicht hinterfragt. Ein Grund dafür könnte sein, dass die männliche Beschneidung gesetzlich nicht verboten ist oder sie nicht im selben Ausmaß und mit den Konsequenzen einer weiblichen Beschneidung einhergeht.

Basierend auf den Einstellungen stellt sich die Frage wodurch diese beeinflusst wurden und ob es Zusammenhänge und Unterschiede zwischen den Ergebnissen gibt. In Anbetracht der verschiedenen Länder, die in dieser Studie vertreten sind, hätte die Vermutung aufgestellt werden können, dass in jenen Ländern, die eine hohe Prävalenzrate aufweisen, eher befürwortende Haltungen vertreten sind. Dies kann widerlegt werden, da die befürwortende und ambivalente Haltung gegenüber FGM/C in dieser Studie von Frauen aus Nigeria vertreten wurden. Das Land weist mit 19 % im Vergleich zu beispielsweise Somalia mit 98 % eine geringe Prävalenzrate auf (UNICEF 2020d). Es gilt

daher zu berücksichtigen, dass Sichtweisen nicht auf die Prävalenzrate zurückzuführen sind und geographische Rückschlüsse unzulässig wären. Dennoch wurden seitens der beiden kenianischen Frauen länderspezifische Unterschiede und Vergleiche mit Somalia hinsichtlich FGM/C angestellt.

Die zwei Befragten verweisen darauf, dass die Beschneidungen in Kenia freiwillig sind und von den Mädchen gewollt werden, während sie den zwanghaften Charakter der Beschneidung in Somalia verurteilen. Es stellt sich hierbei die Frage, inwiefern die Beschneidung freiwillig sein kann, wenn jungen Mädchen, die kaum bis nicht über FGM/C aufgeklärt sind, eine Entscheidungsfähigkeit zugesprochen wird. Die Tatsache, dass sie sich in dieser Lebenswelt befinden und die eigene Sozialisation nicht reflektieren können steht eher für eine indirekte Freiwilligkeit.

In den Studien von Gele et al. (2012); Morison et al. (2004) und Wahlberg et al. (2017) wurde ein Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer im Einwanderungsland und der Einstellung zur weiblichen Genitalbeschneidung festgestellt. Dabei geht eine längere Aufenthaltsdauer mit einer zunehmend ablehnenden Einstellung einher. Dies lässt sich in der vorliegenden Masterarbeit teilweise bestätigen, da die befragten Frauen, die eine ablehnende Ansicht gegenüber FGM/C äußerten zwischen 5 und 32 Jahren in Österreich leben. Des Weiteren weist jene Frau mit der ambivalenten Sichtweise eine Aufenthaltsdauer von zwei Jahren auf, was die Annahme von Morison et al. (2004) bestätigt, dass jene, die erst vor kurzem eingewandert sind, eher eine befürwortende Haltung zeigen. Demgegenüber steht die Tatsache, dass die Befragte mit der befürwortenden Einstellung bereits 8 Jahre in Österreich lebt und an der Praxis festhält.

In Bezug auf Religion und Bildung lässt sich sagen, dass kein Zusammenhang zwischen FGM/C und den beiden Indikatoren besteht. Zum einen, da die Praxis sowohl von Frauen mit islamischer Religionszugehörigkeit als auch von Frauen mit christlichem Glauben abgelehnt wurde. Die beiden Frauen, die die Beschneidung befürworteten sind katholisch. Zum anderen reichen ablehnende Haltungen von einer Frau ohne Schulbildung bis zu Frauen mit universitären Abschlüssen. Diejenigen, die FGM/C befürworteten, haben einen Polytechnischen Abschluss. Des Weiteren gibt der Familienstand und die Anzahl der Kinder keine Auskunft über Zusammenhänge, da die ablehnenden Haltungen von ledigen, verheirateten, verwitweten und geschiedene Frauen ungeachtet der Kinderanzahl vertreten werden.

Ebenso wie in der Studie von Chu & Akinsulure-Smith (2016) lehnten auch in dieser Forschungsarbeit beschnittene und unbeschnittene Frauen die Beschneidung gleichermaßen ab. Bei genauerer Betrachtungsweise lässt sich jedoch erkennen, dass jene beiden Frauen, die Typ III im Alter von 7 und 9 Jahren erfahren haben, bereits vor der Migration aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung eine ablehnende Haltung hatten, während jene beiden Frauen, die Typ I der Beschneidungsart im Kleinkindalter erfahren haben, die Praxis befürworten. Dies kann als zusammenhängend betrachtet werden, da jene Frauen, die mildere Formen der Praxis erfahren haben, die Praxis eher befürworten als jene mit der extremen Form (Elamin & Mason-Jones 2019; Guerin et al. 2006; Shell-Duncan et al. 2011). Die Tatsache, dass auch andere Frauen mit Typ I die Praxis ablehnen und zwei Frauen mit Typ I oder II im Alter von 13 beschnitten wurden, widerlegt die These, zeigt aber auch, dass das Sampling für diese Vermutung zu klein ist. Es lässt sich diesbezüglich sagen, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen Betroffenheit und Einstellung von FGM/C gibt. Dennoch ist eine tendenzielle Aussage zulässig die besagt, dass jene Frauen, die Typ III erfahren haben und sich an die Beschneidung erinnern, die Beschneidung eher ablehnen, als jene, die mildere Formen im Kleinkindalter erfahren haben.

Somit lässt sich feststellen, dass es in dieser Studie keine systematischen Zusammenhänge zwischen den Interviewpartnerinnen in Bezug auf Alter, Religion, Familienstand, Bildung, Herkunftsland oder Aufenthaltsdauer gibt. Vielmehr war die Heterogenität innerhalb der einzelnen Interviews ebenso präsent wie die Heterogenität zwischen ihnen. Die Unterschiede erscheinen als einzige Gemeinsamkeit, abgesehen von der Gemeinsamkeit des Status *Frau*. Das Alter und der Kontext, in dem die Interviewpartnerinnen kritisch über weibliche Genitalbeschneidung nachgedacht und reflektiert haben, zog sich durch alle Kategorien und ist so individuell wie ihre Erfahrungen selbst.

Auf Basis dieser Erkenntnisse lässt sich bei der Verknüpfung der Ergebnisse mit den theoretischen Perspektiven Folgendes feststellen: In Bezug auf die *Stages of Change* kann gesagt werden, dass sich jene Befragten, die eine ablehnende Haltung gegenüber FGM/C haben, als *bereitwillige Gegnerinnen (willing abandoner)* bezeichnen lassen, da sie motiviert und durch die Migration nach Österreich in der Lage sind die Praxis abzulehnen und aufzugeben (Shell-Duncan & Hernlund 2006). Dabei handelt es sich bereits um das Stadium 5 beziehungsweise 6 des *Transtheoretischen Modells* (J. O. Prochaska & Velicer 1997; Shell-Duncan & Hernlund 2006), in dem alle Frauen mit ablehnender Haltung angekommen sind.

Die Migration nach Österreich bot den Frauen die Möglichkeit FGM/C zu hinterfragen, weshalb sie sich mehrheitlich im transkulturellen Moment befinden. Siles-González et al. (2018) verweisen darauf, dass sich Personen in diesem Moment oftmals aktiv gegen FGM/C engagieren. Diese These kann bestätigt werden, da 3 Frauen bereits im privaten und beruflichen Kontext für die Abschaffung von FGM/C eintreten, während 1 einen zukünftigen Aufklärungswunsch äußerte. Die Reflexion, die im transkulturellen Moment durch den Austausch mit verschiedenen Kulturen zustande kommt, lässt sich bei den Befragten zumeist auf die Migration zurückführen, die beispielsweise durch den Kontakt mit Menschen anderer Religionszugehörigkeiten, oder Aufklärung im beruflichen Kontext bedingt ist. Dieser Austausch und die Wissensaneignung können auch aus der Perspektive der Akkulturation beziehungsweise der Integration gesehen werden. Die vier Arten – strukturelle Integration, kulturelle Integration, soziale Integration und identifikative Integration – tragen zu der Reflexion über die Praxis bei. Derartige Reflexionen umfassen in dieser Forschungsarbeit Bekanntschaften und der Kontakt zu anderen Kulturen, Menschen und Religionen, sowie Aufklärung und Bildung durch den Deutschkurs und die berufliche Tätigkeit in Österreich.

Jene Befragte, die in dieser Arbeit zu der ambivalenten Haltung gezählt wird, da sie FGM/C zwar befürwortet, deren Ausübung jedoch ablehnt, kann als *widerwillige Gegnerin (reluctant abandoner)* gesehen werden, weil sie FGM/C aufgibt, auch wenn sie persönlich die Fortführung der Praxis befürwortet (Shell-Duncan & Hernlund 2006). Dies zeigt, dass der nicht vorhandene gesellschaftliche Druck beziehungsweise in diesem Fall auch die österreichische Gesetzgebung eine Rolle spielt. Hier soll auch der Verweis stattfinden, dass Menschen gleichzeitig mehreren, unterschiedlichen Gesellschaften angehören können und diese nicht, wie die containerräumliche Vorstellung annimmt, an bestimmte Räume gekoppelt ist (Freytag et al. 2016).

Jene Frau, die bis zum Zeitpunkt der veränderten Einstellung durch das Interview die Praxis befürwortete, befand sich im Stadium der Absichtslosigkeit, da sie als Befürworterin (*willing practitioner*), die die Fortsetzung von FGM/C unterstützte. Durch das Interview veränderte sie ihre Haltung hin zu einer Ablehnung. Dadurch wurde das Stadium der Absichtslosigkeit verlassen und sie bildete die Absicht ihre Community im Herkunftsland aufzuklären und die Praxis nicht mehr auszuüben. Ob es sich dabei bereits um eine *bereitwillige Gegnerin (willing abandoner)* handelt lässt sich nicht sagen, da es sich um fließende Übergänge handelt. Fakt ist, dass die Befragte vom Stadium der

Absichtslosigkeit (*Stage 1*) zur Absichtsbildung (*Stage 2*) oder bereits zur Vorbereitung (*Stage 3*) gelangte. Die Befragte befindet sich aufgrund ihrer Überzeugung und Befürwortung von FGM/C im multikulturellen Moment. Da sie bereits seit 8 Jahren in Österreich lebt lässt sich kein Zusammenhang zur Aufenthaltsdauer herstellen. Eine potentielle Erklärung wird von Siles-González et al. (2020) angeführt, nämlich, dass die Befragte eventuell noch stark von ihrem Bekannten- und Verwandtenkreis im Herkunftsland beeinflusst und eingeschränkt wird. Durch den Kontakt und der Auseinandersetzung mit dem Thema im Rahmen des Interviews führte dies zu dem interkulturellen Moment, da Austausch zwischen Menschen zweier verschiedener Kulturen stattgefunden hat, der auch im Rahmen der Sozialintegration gesehen werden kann. Bis zu diesem Austausch wäre ihre befürwortende Überzeugung möglicherweise im Rahmen der Assimilation zu sehen, zumal sie erst im Rahmen des Interviews den erstmaligen Kontakt zu einer unbeschnittenen Frau hatte und sie die eigenen kulturellen Werte weiterhin aufrecht erhalten wollte. (Esser 2000; Heckmann 2015)

Es lässt sich sagen, dass die beiden Frauen, die eine befürwortende Haltung haben, ihre selbstverständliche Lebenswelt von Nigeria mit nach Österreich mitgenommen und diese unhinterfragt vertreten haben, wobei die Lebenswelt jener mit der ambivalenten Haltung bereits teilweise aufgebrochen wurde (Schütz & Luckmann 2017). Ihre mentale Programmierung erschwert es hierbei die erlernten kulturellen Werte, die den Kern des Zwiebelmodells bilden, aufzugeben (Hofstede 1993, 2001).

Die Akkulturation beider Frauen, aber vor allem derjenigen, die FGM/C befürwortet und bereits seit 8 Jahren in Österreich lebt, hat bisher nur in einem geringen Ausmaß stattgefunden. Dies belegt die Tatsache, dass die beiden keine Kenntnisse über die österreichische Gesetzgebung in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung hatten und nicht wussten, ob die Beschneidung auch hier praktiziert wird. Dies zeigt auch ein Beispiel aus der Studie von Isman et al. (2013), in der eine Frau erst nach 20 Jahren in Schweden auf die Gesetzeslage aufmerksam wurde.

Das Unwissen, ob FGM/C auch in Österreich praktiziert wird oder auch die Tatsache, dass Frauen vereinzelt erst durch die Migration erfahren haben, dass nicht alle Frauen auf der Welt beschnitten sind lässt sich durch die Seinsgewissheit und das Konzept der Multikulturalität erklären. Da möglicherweise die Annahme von Frauen innerhalb ihrer Lebenswelt besteht, dass alle Frauen beschnitten sind und es zu keinem Austausch

zwischen anderen Kulturen kommt, kann dieser Glaube und die Seinsgewissheit, bis es zu einem Kontakt, der möglicherweise durch die Migration zustande kommt, weiterhin bestehen bleiben. (Werlen 2007; Yousefi & Braun 2011)

Wie aus der Studie der „Afrikanischen Frauenorganisation“ in Wien aus dem Jahr 2000 hervorgeht, befürworteten Menschen in Wien die Beschneidung (Afrikanische Frauenorganisation 2000). Diese Forschungsarbeit kann die damalige Feststellung belegen, da die beiden befragten Frauen die Beschneidung befürworteten und diese Ansicht darüber hinaus in verschiedenen Communities in Wien vertreten ist. Die Beschneidung wird jedoch gemäß der Befragten nicht ausgeübt. Dabei wurde stets auf die österreichische Gesetzgebung verwiesen, was zeigt, dass diese effektiv ist. Es kann somit festgestellt werden, dass in Wien die Praxis auch nach der Migration befürwortet wird. Es bedarf jedoch mehr Forschung über die Gründe der Befürwortung. Die mangelnde oder nicht stattfindende Akkulturation, die möglicherweise eine Separation oder Marginalisation zur Folge hat, könnte dazu führen, dass Menschen an dem eigenen Werte- und Kultursystem festhalten (Berry 1997). Die Frage, die sich stellt, ist, wie diese Menschen erreicht werden können beziehungsweise, ob sie erreicht werden wollen.

Da sich alle Frauen nach dem Interview gegen die Ausübung von FGM/C aussprachen, lässt sich eine kritische Masse in der Diaspora feststellen. Gemäß des Konventionsansatzes (Mackie & Lejeune 2009) und der Diffusionstheorie (Rogers 1983) bedarf es einer ersten kritischen Masse, die zu einer veränderten Einstellung führen kann. Der Einfluss, den sie auf Menschen im Herkunftsland haben variiert. Die befragten Frauen berichten von wenig bis geringem Einfluss, den sie primär auf den engsten Familienkreis im Herkunftsland aufgrund ihrer gesellschaftlichen, beruflichen oder familiären Stellung auszuüben vermochten. Dennoch wurden bereits veränderte Einstellungen im Bekannten- und Familienkreis verzeichnet, die auf die Aufklärung und die Hartnäckigkeit der befragten Frauen zurückzuführen sind. Dies zeigt das Potential der Diaspora, die trotz der räumlichen Distanz, Einfluss auf die Einstellungen von Bekannten oder Verwandten im Herkunftsland haben. Wie stark und nachhaltig dieser Einfluss ist, gilt es zukünftig zu untersuchen.

Die Herausforderungen, die damit einhergehen, wurden unter anderem von Shahawy et al. (2019) aufgegriffen. Diese Forschungsarbeit konnte zusätzlich zu den genannten Herausforderungen der Studie wie die Verwestlichung oder die mangelnde direkte Erfahrung mit FGM/C, folgende Herausforderungen feststellen: Schlechte

Familienverhältnisse, Tabuisierung, Desinteresse seitens der Community, Machtlosigkeit, sowie die Sozialisierung. Letztere ist im Rahmen der mentalen Programmierung und der Lebenswelt zu sehen, die es erschwert, die grundlegenden Werte und die verinnerlichte Kultur sowie die Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, die durch die Sozialisation gewonnen wurden, zu ändern, insbesondere wenn sich die Personen noch in dieser Lebenswelt befinden (Hofstede 2001; Schütz & Luckmann 2017).

Hassanen et al. (2019); Mcneely & De Jong (2016), Vissandjée et al. (2003) belegen, dass der Beschneidungsdruck durch die Migration in ein westliches Land abnimmt. Dennoch verspüren Frauen nach der Migration Druck ihre Töchter beschneiden zu lassen (Akinsulure-Smith et al. 2018; Elgaali et al. 2005; Isman et al. 2013). Auch in dieser Studie ist 1 Frau dem Druck von ihrer Mutter in Somalia ausgesetzt, da sie sich weigert, ihre Tochter zu beschneiden. Diejenigen, die Druck verspüren, berichten auch oftmals von der Angst, dass ihre Töchter bei einem Heimatbesuch beschnitten werden könnten (Isman et al. 2013). Diese Befürchtung wurde auch von der Befragten genannt, die sich gegen eine Heimatreise mit ihrer Tochter bis zum 18. Lebensjahr aussprach, denn in Österreich hätte sie – trotz des Drucks – die Möglichkeit ihre Tochter zu schützen. Dieser Schutz, der nach der Migration gewährleistet werden kann, wird von Ihring (2015); Kahn (2016) belegt.

Die Trends, die in der Einleitung angeführt wurden, spiegeln sich teilweise in dieser Forschungsarbeit wider, wobei insbesondere die mehrheitlich veränderte Einstellung nach der Migration, die Existenz einer befürwortenden Gruppe, die Tendenz zu milderen Formen, der geringere, aber existente Beschneidungsdruck, sowie die Normalität der männlichen Beschneidung belegt werden konnten.

Die Einstellungen der befragten Frauen vor und nach der Migration nach Österreich gegenüber FGM/C lassen sich in Anlehnung an die vereinfachte Darstellung zur Meinungsvielfalt in Kapitel 5 wie folgt darstellen:

Tabelle 8: Einstellungen der Interviewpartnerinnen vor und nach der Migration nach Österreich; eigene Darstellung

vor der Migration nach Österreich		nach der Migration nach Österreich
unhinterfragt	→	negativ
negativ	→	negativ
positiv	→	positiv
positiv	→	ambivalent

Diesbezüglich könnte die Annahme getätigt werden, dass diejenigen, die bereits im Herkunftsland eine klar befürwortende Ansicht von FGM/C haben, diese möglicherweise nach der Migration eher beibehalten als diejenigen, die bereits eine ablehnende Haltung aufweisen oder die Praxis nicht hinterfragt haben. Letztere Frauengruppe hat in dieser Forschungsarbeit nach der Reflexion die Beschneidung stets abgelehnt, im Gegensatz zu den beiden Frauen, die die Praxis bereits in Nigeria klar befürworteten. Da die Stichprobe jedoch zu gering ist, stellt dies lediglich eine mögliche Annahme dar.

9 Conclusio

In der vorliegenden Arbeit werden die Einstellungen afrikanischer Frauen mit Migrationserfahrung in Wien untersucht. Dabei stehen die Ansichten, die Faktoren, die zu einer möglichen veränderten Einstellung führen, der Zusammenhang zwischen persönlicher Betroffenheit und der Meinung, die Rolle von FGM/C in Wien, sowie der Einfluss der Diaspora auf Personen im Herkunftsland im Vordergrund.

Zahlreiche Studien, wie jene von Gele, Johansen, et al. (2012); Mcneely & De Jong (2016); Shahawy et al. (2019) und Wahlberg, Johnsdotter, et al. (2019) belegen, dass die Mehrheit der Migrant*innen aus praktizierenden afrikanischen Herkunftsländern nach der Migration eine ablehnende Einstellung gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung aufweist, während eine Minderheit existiert, die an der Praxis festhält. Dies stimmt mit den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit überein, wobei 9 von 11 Frauen eine ablehnende und 2 eine befürwortende beziehungsweise 1 davon eine ambivalente Einstellung gegenüber FGM/C haben. Sie unterscheiden sich dahingehend, dass 9 Frauen alle Formen der Beschneidung, sowie deren Ausübung ablehnen, während 2 Frauen FGM/C persönlich befürworten, 1 davon sich aber gegen die Umsetzung der Beschneidung und die andere gegen das Nähen der Vagina ausspricht.

Die verschiedenen Arten und Wege, die die Befragten bezüglich ihrer Meinung bewusst oder unbewusst beeinflussen, lassen sich nicht gänzlich erörtern. Dennoch lässt sich sagen, dass die veränderten, ablehnenden Sichtweisen auf die eigene Betroffenheit und Erlebnisse, Aufklärung und Bildung, Migration, Religion, den Kontakt zu anderen Kulturen und Menschen, sowie auf Medien zurückzuführen sind. Diese Faktoren sind auch in den gesichteten Studien von Alcaraz et al. (2014); Berg & Denison (2013); Mcneely & De Jong (2016); Wahlberg, Essén, et al. (2019); Wahlberg, Johnsdotter, et al. (2019) vertreten.

Bei der Betrachtung der persönlichen Erfahrung lässt sich folgendes sagen: In der Studie sind 8 Frauen persönlich von FGM/C betroffen. Unter diesen Frauen haben 2 Frauen Typ III und die anderen entweder Typ I oder Typ II erfahren. Es kann festgestellt werden, dass die Praxis von beschnittenen Frauen sowohl abgelehnt (6), als auch von 2 befürwortet wird. Zudem gab 1 Befragte an, unbeschnitten zu sein und lehnt die Praxis ebenfalls ab. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass es keinen Zusammenhang zwischen der persönlichen Betroffenheit und der Einstellung gegenüber der Praxis gibt, da diese sowohl

von beschnittenen, als auch unbeschnittenen Frauen abgelehnt und von 2 beschnittenen Frauen befürwortet wird. Abgesehen davon spielt die eigene Erfahrung bei denjenigen, die Typ III erfahren haben, eine wesentlichere Rolle bei der Meinungsänderung als andere Aspekte.

Die reziproke und translokale Kommunikation zwischen der Diaspora in Wien und Personen im Herkunftsland zeigt, dass sich die Diaspora nicht in ihrer ablehnenden Meinung von Personen im Herkunftsland beeinflussen lässt. Auf der anderen Seite üben die Befragten teilweise einen Einfluss auf die Ansichten von Bekannten oder Verwandten im Herkunftsland aus, wobei diese Ansätze vorrangig im engen Familienkreis und unter Nachbar*innen Gehör finden. Die zahlreichen Herausforderungen beinhalten unter anderem schlechte Familienverhältnisse, Tabuisierung, Desinteresse seitens der Community, Machtlosigkeit, Verwestlichung, fehlende Erfahrungen und die damit einhergehende Ausgrenzung, sowie die Sozialisierung der Personen, die noch im Herkunftsland leben. Anzumerken ist, dass eine Befragte dem Druck ihre Tochter beschneiden zu lassen, ausgesetzt ist.

Der herausfordernde Aspekt der Tabuisierung ist auch in Wien zu finden. Aufgrund der zahlreichen Rückmeldungen sozialer Einrichtungen, die aufgrund des sensiblen und tabuisierten Themas keine Unterstützung in dieser Forschung zusagen konnten, zeigt sich, dass die befragten Frauen kaum mit jemanden in Wien darüber sprechen. 5 von 11 Frauen sprachen im Rahmen des Interviews zum ersten Mal über FGM/C und 8 Frauen kennen keine Organisation in Wien, bei der sie sich über FGM/C beraten oder informieren könnten. Über die Existenz der Beschneidung in Wien konnte kaum etwas in Erfahrung gebracht werden, ebenso wenig über mögliches *vacation cutting*. Dennoch wird von 3 Befragten erwähnt, dass es Menschen in den Communitys in Wien gibt, die die Beschneidung befürworten. Die Ausübung wird jedoch aufgrund der Gesetzgebung nicht vollzogen. Als Alternative nennt 1 Befragte, die auf eine Freundin in Wien verweist, das tägliche Reinigen der Klitoris ihrer Tochter mit kochendem Wasser. Die Mutter geht davon aus, dass diese Methode mit der Beschneidung vergleichbar wäre und ähnliche Effekte erziele.

Die Ansichten der Frauen in dieser Studie zeigen die Diversität und Komplexität dieses Themas auf. Daher bedarf es weiterer Forschungsarbeit, die die Sichtweisen von Frauen untersucht, um die weibliche Genitalbeschneidung, die Rolle der Migration und den

wechselseitigen Einfluss transnationaler Kommunikation besser zu verstehen und die weibliche Beschneidung infolgedessen nachhaltig zu bekämpfen. Zudem ist es notwendig, die Sichtweisen von Männern und unbeschnittenen Frauen in der Forschung, Aufklärung und Bekämpfung miteinzubeziehen, da auch diese einen wesentlichen Beitrag bei der Abschaffung von FGM/C leisten.

Da diese Studie zwar keine Evidenz über die Existenz von FGM/C in Wien lieferte, kann dennoch festgestellt werden, dass es befürwortende und ambivalente Haltungen gegenüber der Praxis gibt. Die Migration aus FGM/C praktizierenden Ländern nach Österreich ist ein fortlaufender Prozess. Daher ist es unabdingbar, dass neu angekommenen Einwanderer*innen in adäquater Form, ohne zu drängen und zu überfordern, aufgeklärt werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie die Praxis sofort ablehnen, da es sich dabei um einen längerfristigen Prozess handelt, der sich aus zahlreichen Faktoren zusammensetzt.

Ungeachtet dessen birgt das *Body Mapping* bei dem Thema der weiblichen Genitalbeschneidung ein immenses Potential. Bei einer erweiterten Anwendung kann dies im Rahmen von Ausstellungen in Wien, Kreativworkshops oder in Bezug auf Körperverständnis in Psychotherapie oder auch im Rahmen Sozialer Arbeit eingesetzt werden. Es kann sowohl für Betroffene eine geeignete Methode darstellen die eigene Gefühlswelt auszudrücken, als auch für Individuen und für die Communitys das Thema der österreichischen Mehrheitsbevölkerung näher zu bringen und diese dahingehend zu sensibilisieren. Interessant wäre auch die Durchführung von Panel Studien, bei denen Body Maps vor der Beschneidung in praktizierenden Communitys und nach der Beschneidung beziehungsweise vor und nach der Migration gestaltet und verglichen werden.

Den Beitrag, den diese Arbeit zu dem bisherigen Forschungsstand leistet, ist der Schwerpunkt Wien, die Anwendung der Body-Mapping-Methode, die Inklusion von sowohl unbeschnittenen, als auch beschnittenen Frauen aus unterschiedlichen Ländern, sowie das Miteinbeziehen des Einflusses zwischen Diaspora und Mitgliedern im Herkunftsland. Neue Aspekte dieser Forschungsarbeit sind die Sichtweise über eine mögliche Besserstellung der Beschneidung im eigenen Land und die Alternative kochendes Wasser anstatt der Beschneidung zu verwenden.

Aus meiner Sicht bietet die Migration unter anderem aufgrund der räumlichen und kulturellen Distanz die Möglichkeit und gleichzeitig die Chance, die weibliche Genitalbeschneidung entweder erstmals oder in vertiefter Form zu hinterfragen und zu

reflektieren. Zudem ermöglicht die Migration den Schutz der eigenen Tochter vor FGM/C. Dennoch spielt sie oftmals eine untergeordnete Rolle und ist mit zahlreichen Herausforderungen und Barrieren verbunden, die insbesondere die Wissensvermittlung beeinträchtigen. Die Migration bietet daher neben Herausforderungen wie Diskriminierungen, *Othering* oder Kulturschock auch die Möglichkeit zur (Selbst-)Reflexion und Empowerment. Die eigene Erfahrung kann dadurch reflektiert und genutzt werden, um über das Thema zu sprechen und andere darüber aufzuklären. Die ablehnende Meinung, die sich im Rahmen der Migration und den damit zusammenhängenden Faktoren entwickeln kann, birgt das Potential, Personen im Herkunftsland über FGM/C aufzuklären und sie von der Abschaffung zu überzeugen, denn jedes Mädchen und jede Frau, die vor FGM/C bewahrt werden kann, ist ein Erfolg und ein weiterer Schritt in Richtung gänzlicher Abschaffung.



11

¹¹ Frauenrechte-Symbol in den Handflächen einer Befragten; eigene Aufnahme 2018

10 Reflexion empirischer Zugänge

Im Rahmen der Reflexion sollen die beiden qualitativen Zugänge näher betrachtet, analysiert und reflektiert werden, um Transparenz zu schaffen und Erkenntnisse für zukünftige Forschungsarbeiten zu erlangen.

10.1 Qualitative Interviews

Der Zugang zu potentiellen Interviewpartnerinnen gestaltete sich insbesondere aufgrund des sensiblen, tabuisierten Themas und der Corona-Pandemie schwierig. Dennoch konnten 11 Frauen gefunden werden, die sich für ein Interview bereit erklärten.

Es wurde stets ins Bewusstsein gerufen, keine Erwartungen oder Anforderungen an die Teilnehmerinnen beziehungsweise das Interview selbst zu stellen. Dies konnte umgesetzt werden und es lässt sich sagen, dass alle Interviews einen Beitrag zu dieser Forschung darstellen.

Es kam zu einer Absage und keinen Verschiebungen, sodass gesagt werden kann, dass Termine stets – fallweise mit wenigen Minuten Verspätung – eingehalten wurden. Zu Absagen werden hierbei jene Termine gezählt, die bereits für ein Interview fixiert wurden. Meinungsänderungen bezüglich der Teilnahme gab es zwei. Interviews wurden im Falle einer Zusage oder bestehenden Interesses so rasch wie möglich vereinbart und durchgeführt, da stets das Potential einer Meinungsänderung beziehungsweise Absage existierte.

Im Rahmen der Kontaktherstellung wurde oftmals die persönliche Betroffenheit vorausgesetzt beziehungsweise als Inklusionskriterium angesehen. Dies hätte besser kommuniziert werden müssen, denn die Tatsache, dass es nicht bei den Voraussetzungen am Informationsblatt angeführt war, reichte scheinbar nicht aus. Zudem wäre es in Retrospektive sinnvoll gewesen, zwei unterschiedliche Leitfäden zu erstellen: Einen für Frauen, die ihre Meinung nach der Migration änderten und einen für diejenigen, die ihre Meinung gegenüber FGM/C beibehielten.

Mögliche Beeinflussungen bei der Kontaktherstellung stellt das Verhältnis zwischen Teilnehmerin und der vermittelnden Person dar, die möglicherweise durch die Hervorhebung der Relevanz dieser Arbeit die Bereitschaft der Teilnahme begünstigt hat. Überdies wurde auf Anfrage eine finanzielle Aufwandsentschädigung entgegengebracht,

sodass dieser Umstand die Teilnahme an der Studie beeinflusst haben könnte. Abgesehen davon besteht zu einer Befragten eine Freundschaft, was es bezüglich ihrer Bereitschaft zu berücksichtigen gilt. Vereinzelt teilten die Frauen ihren Grund für die Teilnahme mit, vor allem, dass für sie das Thema relevant ist und es wichtig sei, darüber zu sprechen, meist verbunden mit einem Dank, dass ich mich dem Thema widme. Dies stellte auch den primären Grund dafür dar, weshalb sie mich in meinem Vorhaben unterstützen. Eine Interviewteilnehmerin begründete zudem ihre Teilnahmebereitschaft darin, dass es sich um eine universitäre, wissenschaftliche Arbeit handelt und nicht eine Interviewanfrage seitens der Medien. Letztere lehnte sie ab, da die Medien Inhalte oftmals verzerren.

Es kann gesagt werden, dass alle Teilnehmerinnen diese Arbeit durch die Interviewbereitschaft unterstützen. Dennoch wurde implizit von einer Interviewpartnerin vermittelt, den Sinn und die Rechtfertigung zu überdenken. Sie stellte Fragen in den Raum, die sich auf die Teilnahme hinsichtlich gesellschaftlicher Veränderung, die Gründe und die Rechtfertigung der Forschung zu diesem Thema als weiße, österreichische Frau und Nichtmitglied der Community, bezogen. Diese Wahrnehmung stellt jedoch mein subjektives Empfinden dar und die Fragen waren seitens der Interviewpartnerin möglicherweise als Denkanstoß gedacht.

Die Ernsthaftigkeit der Interviews wurde von manchen Interviewpartnerinnen nicht immer gesehen, da beispielsweise bei einem Interview Handyanrufe entgegengenommen wurden. Weitere Unterbrechungen während der Interviews waren das Holen von Materialien, die Messung des Blutzuckers, der Staubsauger einer Reinigungskraft, Unterbrechungen durch Baustellenmitarbeiter*innen, sowie kurze, unbeabsichtigte Türöffnungen seitens Mitarbeiter*innen. Die Unterbrechungen waren jedoch vernachlässigbar und führten zu keiner Beeinträchtigung. Die Annahme von Handytelefonaten hingegen hätte im Vorfeld durch die Forscherin abgeklärt werden können und wird in zukünftigen Forschungen berücksichtigt. In dieser Studie wurde es hingenommen, da es geschätzt wurde, dass sich die Frau für das Interview Zeit nahm.

Im Zuge dessen soll angemerkt werden, dass seitens zweier Interviewteilnehmerinnen eine Müdigkeit bezüglich des Themas Beschneidung vorherrschte, insbesondere da diese bereits mehrere Interviews zu diesem Thema mit anderen Forscher*innen oder Journalist*innen geführt haben. Es entstand der Eindruck der Mühseligkeit, das Thema erneut einer Außenstehenden erklären zu müssen und die möglichen Erwartungen an das

Interview zu erfüllen. Dies war jedoch nur bei zwei Interviews der Fall, bei denen die Frauen tagtäglich mit dem Thema zu tun hatten.

Bei der Gesprächssteuerung wurde seitens der Forscherin stets im Hinterkopf behalten, die Teilnehmerin nicht in ihrem Redefluss zu unterbrechen, sondern sie erzählen zu lassen. Zudem wurden Pausen zugelassen, da den Befragten oftmals noch etwas einfiel. Des Weiteren wurden etwaige auftretende Fragen notiert und im Anschluss gestellt. Bei manchen Interviews war es jedoch der Fall, dass kein Redefluss entstand. Dies lässt sich vermutlich auf geringere Sprachkenntnisse zurückführen, die in kurzen und prägnanten Antworten resultierten. Zudem wurden manche Fragen nicht zur Gänze verstanden, sodass es oftmals zu wiederholten Antwortinhalten kam und somit auch keine thematische Sättigung erreicht werden konnte. Dies stellte jedoch nur bei zwei Interviews, bei denen die Teilnehmerinnen ein Sprachniveau von A2 aufwiesen, eine Hürde dar. Bei den anderen Interviews konnten keine Sprachbarrieren verzeichnet werden. Lediglich vereinzelt kam es zu einem Word-Mixing von deutschen und englischen Wörtern. Falls Fragen oder einzelne Wörter nicht verstanden wurden, folgte die Umformulierung, Vereinfachung oder eventuell die Übersetzung auf Englisch oder Deutsch. Dies war jedoch selten der Fall. Die meisten Interviews weisen eine Antwortlänge auf, die für die Analyse ausreichend war.

Die beiden Interviews, bei denen es teilweise zu Verständnisschwierigkeiten kam, veranlassten eine Erweiterung der Interviewsprache – die zunächst ausschließlich Deutsch war – um die Sprache Englisch. Sowohl die Durchführungssprache, als auch das Infoblatt hätte in Englisch abgehalten beziehungsweise erstellt werden sollen. Der zunächst zu enge Blick schloss möglicherweise zu Beginn englischsprachige Frauen, die Interesse gehabt hätten, aus. Mitzunehmen ist daher, dass von Beginn an die deutsche und englische Sprachanwendung Berücksichtigung finden muss, um eine größtmögliche Reichweite zu erzielen. Im Laufe der Suche wurde dies angepasst und inkludierte nun auch Interessentinnen, die Interviews auf Englisch führen wollten. Es wurden jedoch von Beginn an keine Frauen abgelehnt, die das Interview auf Englisch führen wollten. Dass die englische Sprache zunächst nicht in Betracht gezogen wurde, lag darin, dass es Bedenken bezüglich verschiedener Sprachdialekte gab und es zunächst das Vorhaben war, die Interviews auf Deutsch zu übersetzen. Da dies einen erheblichen Mehraufwand darstellt, wurden englische Interviews in der Originalsprache beibehalten. Die Beschränkung auf diese beiden Sprachen kann jedoch auch als Limitation gesehen werden, da die Verwendung der jeweiligen Muttersprache möglicherweise zu mehr Informationen und

einer vereinfachten Vermittlung von Wissen geführt hätte. Die Wahl die Interviews auf zwei Sprachen zu beschränken führt somit zu einer Überrepräsentation jener, die diese Sprachen sprechen.

Bei den Interviews handelte es sich zumeist um Einzelinterviews, die auf Deutsch oder Englisch durchgeführt wurden. Die Ausnahme bildet jenes Interview mit einem somalischen Ehepaar, bei dem der Ehemann übersetzte. Da beim Dolmetschen Informationen verloren gehen und der Redefluss beeinträchtigt wird, stellt dieses Interview eine Ausnahme dar. Die Erfahrung des Dolmetschens in dieser Arbeit zeigt und lehrte mich die notwendige Planung und Leitung dieser Interviewart, mit der ich bisher keine Erfahrung hatte. Da die Kontaktaufnahme über eine Organisation stattfand und spezifische Informationen nicht weitergeleitet wurden, kam es letztlich zu einer herausfordernden Interviewsituation, da das Interview zunächst vergessen wurde, Kleinkinder anwesend waren und Fragen oftmals ausschließlich vom Ehemann beantwortet wurden, sodass diese nicht in die Auswertung inkludiert werden konnten. Dennoch war es eine wertvolle Erfahrung und stellt einen Mehrwert für diese Studie dar.

Vereinzelt wurde bei den Interviews festgestellt, dass zu Beginn eine eher neutrale, zurückhaltende Position, die sich auch in der Erzählstimme widerspiegelte, eingenommen wurde. Dies änderte sich umso tiefer in die Thematik vorgedrungen wurde und Geschlechteraspekte oder die persönliche Einstellung gegenüber der Praxis Thema war. Dabei wurde die Stimme der Befragten oftmals lauter, energischer und bestimmter. Es wurden rhetorische Fragen seitens der Befragten gestellt. Es kam sogar vor, dass auf den Tisch geschlagen wurde, um der Meinung Ausdruck zu verleihen. Es wurde auch im Rahmen von zwei Interviews vorgezeigt, wie Mädchen nach der Beschneidung gehen oder sich während der Beschneidung verhalten. Diese Momente illustrieren das Interesse, die Erfahrungen und die klaren Ansichten der befragten Frauen.

Eine Herausforderung als Forscherin bestand darin, thematische Abschweifungen zu erkennen und das Gespräch erneut zu der Kernthematik zurückzuführen. Es gestaltete sich schwierig, den Redefluss so zu leiten, dass es zu keinen Unterbrechungen kam, da der respektvolle Umgang gewahrt werden sollte. Die Abschweifungen könnten auch auf die Interviewdauer von ungefähr 1,5 Stunden und der damit zusammenhängenden Aufmerksamkeitsspanne zurückzuführen sein. Aber auch die Tatsache, dass der Interviewkontext es zulässt, ein Gespräch mit jemanden zu führen, der ein offenes Ohr hat,

könnte von den Interviewpartnerinnen als positiver Aspekt gesehen worden sein. Zudem wurden fallweise Fragen nicht gänzlich beantwortet, weil es möglicherweise Abschweifungen oder Gedankensprünge gab. Dies wurde während der Transkription festgestellt und hätte ein genaueres Nachfragen erfordert.

Die Rolle der Forscherin war die einer Unwissenden. Somit waren auch grundlegende Fragen zur weiblichen Genitalbeschneidung Bestandteil des Interviews. Darüber hinaus wurden in mehreren Interviews in den informellen Gesprächen, vor oder nach dem Interview, Fragen zur Corona-Pandemie beziehungsweise zur Corona-Impfung gestellt und um Rat beziehungsweise Informationen darüber gebeten. Überdies wurden mir gegen Ende eines Interviews Fragen zu meiner Einstellung gegenüber der Praxis gestellt. Da diese im Rahmen des Interviews an mich gerichtet wurden, entschied ich, eine neutrale Antwort zu geben, da ich sonst die Befürchtung hegte, das Interview zu beeinflussen. Diese Annahme bestätigte sich, da sich durch das gemeinsame Gespräch am Ende des Interviews die Meinung der Befragten gegenüber FGM/C änderte – hin zu einer Ablehnung. Des Weiteren kam es bei einem Interview zu einem Abgrenzungsproblem, da Erwartungen an mich gestellt und Wünsche geäußert wurden, sich nach dem Interview erneut zu treffen und bei persönlichen, gesellschaftlichen und gesundheitlichen Problemen im Herkunftsland behilflich zu sein. Dies war bei jenem Interview der Fall, das bei der Interviewpartnerin zu Hause – in einem privaten Bereich – durchgeführt wurde. Dies wird in Zukunft vermieden oder die Rolle der Forscherin im Vorhinein explizit geschildert.

Im Nachhinein kann gesagt werden, dass die 11 Interviews bei mir zu einem Lernprozess führten und einem tieferen Verständnis der Lebewelten der befragten Frauen.

10.2 Body Mapping

Das Body Mapping stellte sich als abwechslungsreiche und als Ergänzung zu verbalen Informationen geeignete Methode heraus. Dem Argument, Body Maps würden Sprachbarrieren (Gastaldo et al. 2012) überwinden, kann insofern zugestimmt werden, als dass die visuellen Methoden die verbalen Inhalte auf eine andere Art und Weise unabhängig von den Sprachkenntnissen vermitteln. Die Herausforderung war jedoch, das Vorhaben beziehungsweise die Fragestellung zu erklären. Es kam oftmals zu Ratlosigkeit und Unsicherheit. Fragen wie beispielsweise „*Wie soll ich einzeichnen, was ich fühle?*“ (B5) oder „*Wie kann ich zeichnen?*“ (B4) wurden gestellt. Weitere Erläuterungen führten zu mehr Transparenz. Im Zuge dessen wäre der Einsatz von Dolmetscher*innen

sinnvoll. Es wurden von Interview zu Interview Adaptierungen hinsichtlich der Erklärung vorgenommen, wodurch ein besseres Verständnis erreicht werden konnte.

Dennoch kann es sein, dass es bei jenen Befragten, wo die Intention nicht verständlich gemacht werden konnte, zu einer weniger umfangreichen Ausführung der Body Map gekommen ist. Es wurde jedoch niemand zu einer umfangreicheren Gestaltung verpflichtet und jede Ausführung, sowie jedes Ausmaß der Body Map akzeptiert. Ein geringeres Gestaltungsausmaß kann aber auch auf künstlerisches Unwohlsein oder Zeitmangel zurückzuführen sein.

Als Forscherin leistete ich zudem teilweise Unterstützung im Gestaltungsprozess. Wenn die Aufgabenstellung nicht verstanden wurde, kam es vereinzelt zu Anregungen in Bezug auf die Verbindung einzelner Körperteile und der weiblichen Genitalbeschneidung, sodass nicht von einer 100 % unbeeinflussten Arbeit die Rede sein kann. Bei 3 von 11 Interviews wurden derartige Anreize gegeben. Überdies tauchten in zwei der Interviews Fragestellungen auf, wie ein trauriges Gesicht gezeichnet wird. Konkret waren die Fragen, ob die Mundwinkel nach unten oder nach oben zeigen. Abgesehen davon unterstützte ich eine Interviewpartnerin beim Schreiben, indem der von ihr gewünschte Text zunächst vorgeschrieben und von ihr abgeschrieben wurde. Dies war zurückzuführen auf die geringe Schulbesuchsdauer der Teilnehmerin. Des Weiteren wurde oftmals die Frage gestellt, auf welcher Seite sich das Herz befindet, was zum Teil beantwortet wurde, oder darauf verwiesen, dass es in dieser Studie keine Rolle spielt. Es konnte jedoch im gesamten Gestaltungsprozess beobachtet werden, dass keine Fehler gemacht werden wollten.

Es war ein Anliegen, die Body Map anonym zu halten. Die Frau, die als einzige Teilnehmerin selbst nicht beschnitten war, schlug jedoch vor, ihren Namen zur Body Map hinzuzufügen. Dies zeigt die mögliche Distanzierung zu diesem Thema mit einem eher neutralen Blickwinkel und der Tatsache, dass sie sich zu ihrer Body Map und ihrer Einstellung bekennt. Aus Gründen der Anonymität wurde dies nicht umgesetzt.

Eine Limitation könnte auch der Zeitpunkt der Durchführung sein. Die Tatsache, dass die Body Map am Ende des Interviews durchgeführt wurde, könnte nach den meist 1,5-stündigen Gesprächen bereits zu Anstrengung oder Ermüdung beziehungsweise Zeitstress geführt haben. Die limitierten Ressourcen sind ebenfalls eine Beschränkung. Je mehr Zeit zur Verfügung steht, desto detaillierter und umfangreicher kann auf die einzelnen Körperteile, die Gestaltung und die Interpretationen eingegangen werden. Bei der

Auswertung hätte die Ko-Analyse zu einem besseren und tieferen Verständnis der Lebenswelt der Befragten geführt, wobei sich die Interviewpartnerinnen aktiv beteiligen hätten können. Dieses, doch beträchtliche, zeitliche Ausmaß sollte den Befragten im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht zugemutet werden. Deshalb werden in Bezug auf die Interpretation der Body Maps, die wörtlichen Aussagen der Befragten herangezogen, um nicht in Spekulationen zu verfallen.

Alle 11 Frauen waren bereit, sich auf das Body Mapping einzulassen. Die Emotionen, Erinnerungen und Gedanken, die mit der weiblichen Genitalbeschneidung verbunden werden, waren insbesondere bei einem Interview ersichtlich: Bei einer Frau führte das Body Mapping zu tiefen Emotionen, die sich durch Tränen und eine zitterige Stimme äußerten. Der Mehrwert und das Potential des Body Mappings als Aufarbeitungsinstrument wird durch derartige Reaktionen aufgezeigt, die auch bei mir als Forscherin in einer emotionalen Reaktion resultierten.

11 Stärken und Limitationen

Im Gegensatz zu früheren Studien, die sich nur auf Mitglieder eines Herkunftslandes beziehen, dokumentiert diese Studie die Wahrnehmungen und Einstellungen von 11 Frauen, die aus 5 unterschiedlichen Ländern mit verschiedenen soziokulturellen Kontexten stammen.

Diese Arbeit weist zahlreiche Stärken und Limitationen auf, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen. Eine Stärke liegt unter anderem in der umfangreichen und systematischen Literaturrecherche, sowie der Analyse relevanter Veröffentlichungen, die sowohl aktuelle Fachliteratur, als auch einschlägige Werke beinhaltet. Hierbei besteht jedoch kein Anspruch auf Vollständigkeit und die ausgewählte Literatur stellt nur einen Auszug des Literaturcorpus dar. An dieser Stelle sei vermerkt, dass die Inklusion einer weiteren Studie die Ergebnisse beziehungsweise das Gesamtbild nur unwesentlich verändert hätte.

Da bisher kaum aktuelle Forschung zur weiblichen Genitalbeschneidung in Österreich und Wien vorliegen, stellt diese Arbeit mit ihren qualitativen Forschungsansätzen einen wichtigen Beitrag dar. Die beiden Methoden liefern umfassende Informationen über die Gefühle, Erfahrungen und Einstellungen von Frauen aus praktizierenden Herkunftsländern, die eine gewisse Meinungsvielfalt widerspiegeln.

Bisher konnten lediglich die Studien von Maier (2003) und der „Afrikanischen Frauenorganisation“ (2000) gefunden werden, die Frauen aus praktizierenden Herkunftsländern in Wien miteinbeziehen. Der Mehrwert dieser Studie ist darin begründet, dass alle Frauen inkludiert wurden und nicht nur, wie bei Maier (2003), jene Frauen, die sich bereits beruflich oder privat mit Aufklärung oder Reflexion zu diesem Thema beschäftigt haben.

Des Weiteren wurden in dieser Studie nicht ausschließlich beschnittene Frauen befragt, sondern auch jene, die nicht persönlich betroffen waren, um die Diversität an Meinungen und Perspektiven aufzuzeigen. Eine weitere Stärke beinhaltet die Kommunikation und die Beeinflussung zwischen Diaspora und Herkunftsgemeinschaft, die in der bisher gesichteten Literatur – mit Ausnahme der Studie von Shahawy et al. (2019) – nicht berücksichtigt wurde.

In dieser Arbeit wurde versucht, nicht ausschließlich über Frauen zu schreiben, sondern der Ansatz verfolgt, mit ihnen zu sprechen, um selbst ein besseres Verständnis zu erlangen und dieses mit der Literatur zu vergleichen. Folglich soll diese Arbeit zum besseren Verständnis der weiblichen Genitalbeschneidung beitragen. Vor allem das Verständnis der autochthonen Mehrheitsgesellschaft steht im Vordergrund. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dienen als Grundlage für politische Entscheidungsträger*innen, für Forschung und Praxis, sowie Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen.

Die Tatsache, dass ich als Interviewerin als Insider und auch Outsider betrachtet werden kann, stellte sich als Vor- und Nachteil heraus. Einerseits könnte es die Offenheit und Bereitschaft gefördert haben, da ich zum einen kein Mitglied der Community und zum anderen eine Frau bin. Andererseits wurden viele Interviewanfragen abgelehnt, da diese möglicherweise als Einmischung in *fremde* Kulturen verstanden wurden und das Argument des Nicht-Mitglied-Seins hier eventuell im gegenteiligen Kontext angewendet wurde.

Relevant ist, dass es sich bei dieser Arbeit um eine Momentaufnahme handelt und sich die Einstellungen der Befragten, sowie beeinflussende Faktoren ändern können. Sowohl in der inkludierten Literatur, als auch im empirischen Teil waren die Ansichten von afrikanischen Frauen nach der Migration Gegenstand der Untersuchung. Hierbei wäre eine Panelstudie, bei der die Ansichten vor und nach der Migration untersucht werden, möglicherweise aussagekräftiger, im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht möglich.

Des Weiteren wurde in dieser Arbeit nicht auf ethnische oder kulturelle Untergruppen innerhalb eines Landes, sowie die diversen, praktizierenden Subarten der Beschneidung eingegangen, was die Diversität jeder Kultur vernachlässigt. Die Stichprobe stellte sich jedoch für eine solche Unterscheidung als zu klein heraus. Des Weiteren hätte die Einbeziehung von Ansichten männlicher Teilnehmer die Studie gestärkt und einen erweiterten Blickwinkel zugelassen.

Die Tatsache, dass jegliche Form der Genitalbeschneidung in Österreich strafbar ist und die Mehrheit der Teilnehmerinnen darüber Bescheid wussten, könnte dazu geführt haben, dass dies zu verzerrten Äußerungen hinsichtlich der Einstellung oder Präferenz unterschiedlicher Arten führte. Es besteht die Möglichkeit, dass die gegebenen Antworten in gewissem Maße eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit widerspiegeln. In anderen Worten: Die Teilnehmerinnen gaben möglicherweise Antworten, die die Forscherin ihrer

Meinung nach hören wollte. Dies wäre zwar möglich, es entstand aber während des gesamten Forschungsprozesses nicht der Eindruck.

Diese Studie ist nicht als repräsentative Stichprobe gedacht und stellt auch keinerlei Anspruch an Generalisierbarkeit, Repräsentativität und Vollständigkeit. Ebenso führte die Zusammensetzung der Stichprobe, die hauptsächlich durch Schlüsselpersonen arrangiert wurde und eine Tendenz zur Selbstselektion aufweist, eventuell zu gerade jenen Interviewpartnerinnen, die sich möglicherweise bereits eine starke Meinung gegenüber FGM/C gebildet haben. Die Annahme liegt nahe, dass jene, die nicht darüber sprechen wollen FGM/C möglicherweise befürworten oder in Bezug auf Asylstatus oder Illegalität in Österreich nicht darüber sprechen wollen. Dies kann jedoch teilweise widerlegt werden, da eine Befragte stark von FGM/C überzeugt war, jedoch auch kein Wissen über die Gesetzeslage in Österreich aufwies. Die Vermutung, dass diejenigen, die bereit waren über dieses Thema zu sprechen eine andere Einstellung aufweisen als jene, die sich dazu nicht bereit erklärten und Interviewanfragen ablehnten, kann somit nur bedingt verifiziert werden.

Die Vorgangsweise über Gatekeepers und das Schneeballsystem könnte zu einer einheitlicheren Stichprobe geführt haben, zumal Schlüsselpersonen teilweise nur jene ansprachen, bei denen sie sich eine Teilnahme vorstellen konnten und das Schneeballverfahren möglicherweise dazu führte, dass Personen rekrutiert wurden, die dieselben Ansichten teilen wie die Vermittlerin.

Die Auswahl an Studienteilnehmerinnen war des Weiteren teilweise eingeschränkt, da nicht alle praktizierenden Länder in Österreich und Wien vertreten sind oder nur in einem geringen Ausmaß und es daher naheliegend war, dass Frauen aus den am stärksten vertretenen Communitys wie Nigeria, die Studie durch ihre Teilhabe unterstützen. Daher kam es auch zu einer begrenzten Auswahl und einem Fokus auf diese Länder.

Die unterschiedlichen demografischen Merkmale der Teilnehmerinnen umfassten ein breites Spektrum. Dies kann vorteilhaft sein, da dadurch eine länderspezifische Diversität aufgezeigt wird. Andererseits stellen diese Unterschiede auch einen begrenzenden Faktor dar, da nicht unmittelbar festzustellen ist, inwiefern demographische Merkmale, wie Familienstand, die Einstellung gegenüber FGM/C beeinflusst haben könnte. Zudem wäre die Sichtweise von Frauen unterschiedlicher Generationen interessant, inwiefern diese variieren, auch in Bezug auf das potentielle Beschneidungsrisiko.

Eine weitere Limitation ist die Tabuisierung des Themas und die begrenzten Kapazitäten sozialer Einrichtungen in Wien. Bei gestellten Anfragen wurde zum Teil auf geringe Personalressourcen oder mangelnde Vertrauensverhältnisse zwischen Klientinnen und Mitarbeiter*innen verwiesen, die nötig wären, um das Thema anzusprechen. Es wurde jedoch auch auf die Respektierung der Privatsphäre und des Schutzraumes, den Einrichtungen und Vereine oftmals bieten, verwiesen. Generell lässt sich sagen, dass die Bereitschaft von Organisationen und Vereinen, vermutlich auch aufgrund der Auslastung, meist zwar vorhanden war, jedoch nur in begrenztem Ausmaß.

Im Hinblick auf die Ressourcen, die während dieser Arbeit zur Verfügung standen, lässt sich sagen, dass diese insofern beeinflussten, da es Interessentinnen gab, die jedoch aufgrund ihrer Mutterschaft oder der Sprachbarrieren nicht befragt werden konnten, zumal Dolmetscher*innen und Kinderbetreuung nicht zur Verfügung gestellt werden konnten.

Interessant ist ebenfalls, dass Interviewpartnerinnen kaum andere Frauen kannten oder nannten, die für ein Gespräch bereit gewesen wären und das Schneeballsystem somit kaum nennenswerte Ergebnisse mit sich brachte. Es steht daher zu vermuten, dass sie andere Frauen nicht auf dieses Thema ansprechen wollten oder dies nicht taten, um ihre Stellung und ihr Vertrauensverhältnis in der Community nicht zu gefährden. Letzteres wurde mir von zwei Interviewpartnerinnen bestätigt.

Eine zusätzliche Limitation stellte das Corona-Virus dar. Da diese Arbeit in der Zeit von 2020-2021 verfasst wurde, waren die diversen Lockdowns eine große Hürde. Zum einen, da öffentliche Einrichtungen oder neutrale Interviewräume in Bibliotheken teilweise über längere Zeit geschlossen waren, zum anderen, da der Zugang zu potentiellen Interviewpartnerinnen erschwert wurde. Diverse Organisationen und Vereine führten in dieser Zeit ihr Angebot meist in reduzierter Form oder online durch. Da Veranstaltungen und persönliche Treffen kaum möglich waren, hatte dies auch Auswirkungen auf die Kontaktherstellung, da viele Frauen in dieser Zeit nicht erreicht werden konnten oder Schlüsselpersonen präferierten, das Thema ausschließlich im Face-to-Face-Kontext anzusprechen.

Die Lockdowns in der Pandemie-Zeit beeinflussten auch die Bereitschaft der Interviewpartnerinnen, die sich in dieser Zeit oft umentschieden und eine Teilnahme ablehnten. Zudem wurde die Bereitschaft mancher möglicherweise aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Corona-Virus geschmälert. Die Testungen auf das Corona-Virus für

die Interviews stellten für mich als Forscherin zwar einen Mehraufwand dar, dieser wurde jedoch gern geleistet. Die Tatsache, dass die Interviews zum Teil mit Mund-Nasen-Schutz durchgeführt wurden, beeinträchtigte zwar das Wohlbefinden jedoch nicht den Inhalt oder die Sprachqualität.

Zudem gilt es bei der Datenauswertung zu berücksichtigen, dass diese die subjektive Vergabe von Kategorien und die Reduktion des Materials beinhaltet, diese jedoch basierend auf der Interpretation durchgeführt wurden. Dabei wurden latente Sinnstrukturen und der Text in seiner Gesamtheit vernachlässigt. Abgesehen davon wurde das Material ausschließlich von mir bearbeitet, was sich auf die Objektivität dieser Studie auswirkt. Es wurde jedoch durch das Kategoriensystem versucht, dies so transparent wie möglich zu gestalten.

Zusammenfassend können folgende Limitationen dieser Studie genannt werden: Tabuisierung des Themas, das Auswahlverfahren, die geringe Stichprobengröße, die fehlende Berücksichtigung männlicher Sichtweisen und unterschiedlicher Subformen von FGM/C sowie die limitierten Ressourcen und Sprachkenntnisse, die vermutlich in ihrer Gesamtheit zu einer bestimmten Auswahl an Interviewpartnerinnen geführt haben.

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die drei Ebenen der mentalen Programmierung nach Hofstede 1993: 19; eigene, leicht adaptierte Darstellung	44
Abbildung 2: Zwiebelmodell nach Hofstede 2001, S.11, adaptiert; eigene Darstellung	45
Abbildung 3: Multikulturalität, DG: Siles González et al. 2001, S.84; eigene Darstellung	48
Abbildung 4: Interkulturalität; DG: Siles González et al. 2001, S.84; eigene Darstellung	49
Abbildung 5: Transkulturalität, DG: Siles González et al. 2001, S.84; eigene Darstellung	50
Abbildung 6: Das Akkulturationsmodell nach Berry 1997, S.10; eigene Darstellung	54
Abbildung 7: Stufenmodell der Verhaltensänderung; DG: Izett & Toubia 1999 zit. in:Toubia & Sharief 2003, S. 258, J. Prochaska et al. 1992, adaptiert; eigene Darstellung	57
Abbildung 8: FGM/C-Prävalenz, DG: UNICEF (2020d), simplemaps.com; eigene Darstellung	68
Abbildung 9: Kartenausschnitt, afrikanische Herkunftsländer und deren FGM/C- Prävalenzraten sowie das Einwanderungsland Österreich, DG: simplemaps.com; eigene Darstellung	112
Abbildung 10: Darstellung der Anzahl von Mädchen und Frauen in Wien, die in einem afrikanischen (praktizierenden) Land geboren sind, Stand: 01.01.2020, DG: Statistik Austria (2021); eigene Darstellung	121

13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe der Literaturrecherche; eigene Darstellung	17
Tabelle 2: Inklusions- und Exklusionskriterien der Literaturrecherche; eigene Darstellung	18
Tabelle 3: Themen und Subthemen der Interviews; eigene Darstellung	31
Tabelle 4: FGM/C-Klassifikation, DG: WHO 2020; eigene Darstellung	72
Tabelle 5: Vereinfachte Darstellung der Einstellungsvarianten gegenüber FGM/C vor und nach der Migration, positiv - Befürwortung, negativ - Ablehnung, neutral - Gleichgültigkeit; ambivalent - Zwiespältigkeit, unhinterfragt; eigene Darstellung	92
Tabelle 6: Anzahl von Frauen mit einem afrikanischen, praktizierenden Geburtsland, in Österreich/Wien lebend, Stand: 01.01.2020, DG: Statistik Austria (2021) und *UNICEF (2020d); eigene Darstellung	122
Tabelle 7: Übersicht der Interviewpartnerinnen, Anmerkung: S - Stadt; L - Land, k.A. - keine Angabe; eigene Darstellung	135
Tabelle 8: Einstellungen der Interviewpartnerinnen vor und nach der Migration nach Österreich; eigene Darstellung	180

14 Literaturverzeichnis

- 28 Too Many (2013): Executive Summary. Country profile: FGM in Ethiopia. Available at: <https://www.28toomany.org/country/ethiopia/> (Accessed: 3 June 2021).
- 28 Too Many (2016): Country profile: FGM in Nigeria. Available at: <https://www.28toomany.org/country/nigeria/> (Accessed: 2 June 2021).
- 28 Too Many (2017a): Ethiopia. Key Findings. Available at: <https://www.28toomany.org/country/ethiopia/> (Accessed: 3 June 2021).
- 28 Too Many (2017b): Kenya. Available at: <https://www.28toomany.org/country/kenya/> (Accessed: 2 June 2021).
- 28 Too Many (2017c): Somalia. Key Findings. Available at: <https://www.28toomany.org/country/somalia/> (Accessed: 3 June 2021).
- 28 Too Many (2018a): Kenya: The Law and FGM. Available at: <https://www.28toomany.org/country/kenya/> (Accessed: 2 June 2021).
- 28 Too Many (2018b): Somalia: The Law and FGM. Available at: <https://www.28toomany.org/country/somalia/> (Accessed: 3 June 2021).
- 28 Too Many (2019): Country profile. FGM in Sudan. Available at: <https://www.28toomany.org/country/sudan/> (Accessed: 3 June 2021).
- 28 Too Many (2021a): FGM in Somalia and Somaliland. Country Profile Update. Available at: <https://www.28toomany.org/country/somalia/> (Accessed: 3 June 2021).
- 28 Too Many (2021b): Sudan. Available at: <https://www.28toomany.org/country/sudan/> (Accessed: 3 June 2021).
- Abathun, A. D., Gele, A. A., & Sundby, J. (2017): Attitude towards the Practice of Female Genital Cutting among School Boys and Girls in Somali and Harari Regions, Eastern Ethiopia. *Obstetrics and Gynecology International*, 2017(1), 1–9. DOI: 10.1155/2017/1567368.
- Afrikanische Frauenorganisation (2000): Die Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) bei MigrantInnen in Österreich. – Wien.
- Afrikanische Frauenorganisation (2008): Nationaler Aktionsplan zur Vorbeugung und Eliminierung von FGM in Österreich. – Wien.
- Akinsulure-Smith, A. M., Chu, T., & Krivitsky, L. N. (2018): West African Immigrant Perspectives on Female Genital Cutting: Experiences, Attitudes, and Implications for Mental Health Service Providers. *Journal of International Migration and Integration*, 19(2), 259–276. DOI: 10.1007/s12134-018-0544-6.
- Alcaraz, M. R., González, J. S., & Ruiz, C. S. (2014): Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International Nursing Review*, 61(1), 25–34. DOI: 10.1111/inr.12070.
- Althaus, F. A. (1997): Female Circumcision: Rite of Passage or Violation of Rights? *International Family Planning Perspectives*, 23(3), 130–133. DOI: 10.2307/2950769.
- Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014): Long-term consequences of female

- genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science and Medicine*, 106(2014), 177–184. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.02.003.
- Arnault, D. M. S. (2017): The use of the clinical ethnographic narrative interview to understand and support help seeking after gender-based violence. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 24(3), 423–436. DOI: 10.4473/TPM24.3.8.
- Asefaw, F. (2008): Weibliche Genitalbeschneidung: Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention. – Frankfurt am Main.
- Austria Presse Agentur (2008, 5 February): *Bayr: FGM-Untersuchungen in den Mutter-Kind-Pass aufnehmen*. Available at: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20080205_OTS0181/bayr-fgm-untersuchungen-in-den-mutter-kind-pass-aufnehmen (Accessed: 15 July 2021).
- Baumann, Z. (1993): *Postmodern Ethics*. – Oxford.
- Behrendt, A. (2010): *Afrikanische Stimmen zur weiblichen Genitalverstümmelung in Hamburg: Kenntnisse, Einstellungen und Praktiken*. – Hamburg.
- Berg, R. C., & Denison, E. (2013): A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care for Women International*, 34(10), 837–859. DOI: 10.1080/07399332.2012.721417.
- Berggren, V. (2005): *Female Genital Mutilation. Studies on primary and repeat female genital cutting*. Karolinska University – Stockholm.
- Berry, J. W. (1997): Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5–68.
- Bhabha, H. K. (2000): *Die Verortung der Kultur (=Stauffenburg Discussion)*. (5th ed.) – Tübingen.
- Bobek, H., & Werlen, B. (2018): *Entwicklungslinien der Sozialgeographie (= Sozialgeographie kompakt, Band 2)*. – Stuttgart.
- Bobi, E. (2000, 6 November): Diesseits von Afrika. *Profil*, 45, 70ff.
- Bock, T. (2014): *FGM in Wien: nationale Institutionen im Kampf gegen die lokale Praktik*. Universität Wien – Wien.
- Bolton, J. (2007): *Interkulturelle Kompetenz*. – Erfurt.
- Borkenhagen, A., Brähler, E., & Kentenich, H. (2009): Intimchirurgie: Ein gefährlicher Trend. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(11), 500–502.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4th ed.) – Heidelberg.
- Broszinsky-Schwabe, E. (2011): Interkulturalität. In: V. Lewinski-Reuter & S. Lüddemann (Eds.), *Glossar Kulturmanagement* (86–93) – Wiesbaden.
- Bundeskanzleramt (2007): *migrantinnen bericht 2007*. – Wien.
- Bundeskanzleramt (2008): *Tradition und Gewalt an Frauen*. – Wien.

- Bundeskanzleramt (2018): Nationaler Aktionsplan zum Schutz von Frauen vor Gewalt 2014-2016. Bericht über die Umsetzung der Maßnahmen der österreichischen Bundesregierung 2014 bis 2016. – Wien.
- Bundeskanzleramt (2019): Zwangsheirat und weibliche Genitalverstümmelung (FGM). Available at: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/service/frauenservice-beratung-und-gewaltschutzeinrichtungen/zwangsheirat.html> (Accessed: 4 May 2021).
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Konsumentenschutz (2016): Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. – Wien.
- Bundesministerium für Bildung und Frauen (2014): Nationaler Aktionsplan zum Schutz von Frauen vor Gewalt Maßnahmen der österreichischen Bundesregierung 2014 bis 2016. – Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006): Genitalverstümmelung in Österreich – eine Umfrage unter niedergelassenen Gynäkolog/inn/en und Kinderärzt/inn/en sowie unter Krankenanstalten. – Wien.
- Butler, J. (1997): *Excitable Speech: A Politics of the Performative*. – New York / London.
- Catania, L., Mastrullo, R., Caselli, A., Cecere, R., Abdulcadir, O., & Abdulcadir, J. (2016): Male perspectives on FGM among communities of African heritage in Italy. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(1), 41–51. DOI: 10.1108/IJHRH-07-2015-0023.
- Chu, T., & Akinsulure-Smith, A. M. (2016): Health Outcomes and Attitudes Toward Female Genital Cutting in a Community-Based Sample of West African Immigrant Women from High-Prevalence Countries in New York City. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 25(1), 63–83. DOI: 10.1080/10926771.2015.1081663.
- Coetzee, B., Roomaney, R., Willis, N., & Kagee, A. (2019): Body Mapping in Research. In: P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (1237–1245). DOI: 10.1007/978-981-10-5251-4.
- Connor, J. J., Hunt, S., Finsaas, M., Ciesinski, A., Ahmed, A., & Robinson, B. Q. E. (2016): Sexual Health Care, Sexual Behaviors and Functioning, and Female Genital Cutting: Perspectives from Somali Women Living in the United States. *Journal of Sex Research*, 53(3), 346–359. DOI: 10.1080/00224499.2015.1008966.
- Cornwall, A. (1992): Body mapping in health RRA / PRA. *RRA Notes*, 1992(16), 69–76.
- Crenshaw, K. (1989): Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1(1989), 139–167.
- Danelzik, M. (2016): Kulturell sensible Kampagnen gegen Genitalverstümmelung: Strategische und ethische Herausforderungen. – Wiesbaden.
- De Groot, A. C. (2013): Side-effects of henna and semi-permanent ‘black henna’ tattoos: A full review. *Contact Dermatitis*, 69(1), 1–25. DOI: 10.1111/cod.12074.
- De Jager, A., Tewson, A., Ludlow, B., & Boydell, K. M. (2016): Embodied ways of storying the self: A systematic review of body-mapping. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 17(2), Art. 22. DOI:

10.17169/fqs-17.2.2526.

De Lange, N., Geiger, M., Hanewinkel, V., & Pott, A. (2014): Bevölkerungsgeographie. (= Grundriss Allgemeine Geographie, UTB 4166). – Paderborn.

Deding, M., Fridberg, T., & Jakobsen, V. (2008): Non-response among immigrants in Denmark. *Survey Research Methods*, 2(3), 107–121. DOI: 10.18148/srm/2008.v2i3.98.

Desert Flower Foundation (2021): Desert Flower Foundation. Available at: <https://www.desertflowerfoundation.org/de/home.html> (Accessed: 2 March 2021).

Di Cesare, M. (2014): Women , marginalization , and vulnerability: introduction. *GENUS*, LXX(2–3), 1–6.

Domenig, D. (2007): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: D. Domenig (Ed.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2nd ed., 165–190) – Bern.

Ekwueme, O. C., Ezegwui, H. U., & Ezeoke, U. (2010): Dispelling the myths and beliefs toward female genital cutting of woman: assessing general outpatient services at a tertiary health institution in Enugu state, Nigeria. *East African Journal of Public Health*, 7(1), 64–67. DOI: 10.4314/eajph.v7i1.64684.

El-Jelede, U. (2021): Persönliche Auskunft im Rahmen des ÖIF-Seminars ‘Weibliche Genitalverstümmelung und andere Formen traditionsbedingter Gewalt’, am 22.02.2021. – Wien.

Elamin, W., & Mason-Jones, A. J. (2019): Female Genital Mutilation / Cutting: A Systematic Review and Meta- Ethnography Exploring Women’ s Views of Why It Exists and Persists. *International Journal of Sexual Health*, 1–21. DOI: 10.1080/19317611.2019.1683115.

Elgaali, M., Strevens, H., & Mårdh, P.-A. (2005): Female genital mutilation - an exported medical hazard. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care : The Official Journal of the European Society of Contraception*, 10(2), 93–97. DOI: 10.1080/13625180400020945.

End FGM European Network/ Equality Now & US End FGM/C Network (2020): Female Genital Mutilation/Cutting: A Call for a Global Response. – o.O.

Erlenkötter, H. (2015): C-Programmieren von Anfang an. (10th ed.) – Hamburg.

Esho, T., Kimani, S., Nyamongo, I., Kimani, V., Muniu, S., Kigundu, C., Ndavi, P., & Guyo, J. (2017): The ‘heat’ goes away: Sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya. *Reproductive Health*, 14(1), 1–10. DOI: 10.1186/s12978-017-0433-z.

Esser, H. (2000): Soziologie. Spezielle Grundlagen. Die Konstruktion der Gesellschaft. (2nd ed.) – Frankfurt am Main.

Europäische Kommission (2013): Press Release. International Day for Elimination of Violence against Women: European Commission takes action to combat Female Genital Mutilation. Available at: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/MEMO_15_6150 (Accessed: 27 November 2020).

- European Institute for Gender Equality (2013a): Aktuelle Situation: Weibliche Genitalverstümmelung in Österreich. – Vilnius.
- European Institute for Gender Equality (2013b): Female genital mutilation in the European Union and Croatia. – Vilnius.
- European Institute for Gender Equality (2013c): Study to map the current situation and trends of FGM. Country Reports. – Luxemburg.
- European Institute for Gender Equality (2015): Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. – Vilnius.
- European Institute for Gender Equality (2021): Female genital mutilation. How many girls are at risk in Austria?. – Vilnius.
- Expertenrat für Integration (2019): Integrationsbericht 2019. – Wien.
- Expertenrat für Integration (2020): Integrationsbericht 2020. – Wien.
- Faraca, A. (2016): 'This is Not My Fatherland'. Female Genital Mutilation/Cutting in the Context of Migration: Narratives of Nigerian Women Asylum Seekers. *Revista Brasileira de Direito*, 12(2), 18–38. DOI: 10.18256/2238-0604.
- Farina, P., Ortensi, L. E., & Menonna, A. (2016): Estimating the number of foreign women with female genital mutilation/cutting in Italy. *European Journal of Public Health*, 26(4), 656–661. DOI: 10.1093/eurpub/ckw015.
- FEM Süd (2021): 'INTACT'. Available at: <https://femsued.at/arbeitsbereiche/intact/> (Accessed: 2 March 2021).
- Fleischmann, K., & Meyer-Hanschen, U. (2005): Stadt Land Gender: Einführung in Feministische Geographien. – Königstein im Taunus.
- Freytag, T. (2014): Raum und Gesellschaft. In: J. Lossau, T. Freytag, & R. Lippuner (Eds.), *Schlüsselbegriffe der Kultur- und Sozialgeographie (= UTB 3898)* (12–24) – Stuttgart.
- Freytag, T., Gebhart, H., Gerhard, U., & Wastl-Walter, D. (2016): Humangeographie kompakt. – Heidelberg.
- Fuß, S., & Karbach, U. (2014): Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. – Opladen & Toronto.
- Gallego, M. A., & López, M. I. (2010): Female genital mutilation. Review and aspects of medico-legal interests. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(3), 145–151.
- Gastaldo, D., Magalhães, L., Carrasco, C., & Davy, C. (2012): Body-Map. Storytelling as Research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. – o.O.
- Gastaldo, D., Rivas-Quarneti, N., & Magalhães, L. (2018): Body-Map-Erzählungen als gesundheitswissenschaftliche Methodologie: Wie aus verschwommenen Linien klare Bilder entstehen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 19(2), Art. 3. DOI: 10.17169/fqs-19.2.2858.
- Gauntlett, D., & Holzwarth, P. (2006): Creative and visual methods for exploring identities. *Visual Studies*, 21(1), 82–91. DOI: 10.1080/14725860600613261.

- Gele, A. A., Johansen, E. B., & Sundby, J. (2012): When female circumcision comes to the West : Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*, 12(697). DOI: 10.1186/1471-2458-12-697.
- Gele, A. A., Kumar, B., Hjelde, K. H., & Sundby, J. (2012): Attitudes toward female circumcision among somali immigrants in Oslo: A qualitative study. *International Journal of Women's Health*, 4(2012), 7–17. DOI: 10.2147/IJWH.S27577.
- Gele, A. A., Sagbakken, M., & Kumar, B. (2015): Is female circumcision evolving or dissolving in Norway? A qualitative study on attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. *International Journal of Women's Health*, 7(2015), 933–943. DOI: 10.2147/IJWH.S93217.
- Giddens, A. (1997): Die Konstitution der Gesellschaft: Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. (3rd ed.) – Frankfurt/ New York.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. (3rd ed.) – Wiesbaden.
- Grassivaro Gallo, P., & Abdisamed, M. (1985): Female circumcision in Somalia: anthropological traits. *Anthropologischer Anzeiger*, 43(4), 311–326. DOI: 10.2307/29539647.
- Gruenbaum, E. (2001): The Female Circumcision Controversy An Anthropological Perspective. – Philadelphia.
- Guerin, P. B., Allotey, P., Hussein Elmi, F., & Baho, S. (2006): Advocacy as a Means to an End: Assisting Refugee Women to Take Control of Their Reproductive Health Needs. *Women Health*, 43(4), 7–25. DOI: 10.1300/J013v43n04.
- Gugenberger, I. (2009): Weibliche Genitalverstümmelung. Problemlösungsansätze und ihre Realisierung in Österreich. Universität Wien – Wien.
- Hallowell, N., Lawton, J., & Gregory, S. (2005): Reflections on Research: The Realities of Doing Research in the Social Sciences. – Berkshire / New York.
- Hammond, T. (2003): Der Zusammenhang zwischen weiblicher und männlicher Genitalverstümmelung. In: Terre des Femmes (Ed.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung - Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (269–306) – Frankfurt am Main.
- Han, P. (2005): Soziologie der Migration. (2nd ed.) – Stuttgart.
- Han, P. (2016): Soziologie der Migration Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven. (4th ed.) – München.
- Haraway, D. (2001): Situiertes Wissen. Die Wissenschaftsfrage im Feminismus und das Privileg einer partialen Perspektive. In: S. Hark (Ed.), *Dis/Kontinuitäten: Feministische Theorie* (281–298) – Opladen.
- Hassanen, S., Woldu, D. O., & Mkuu, R. (2019): The effects of migration on the practice and perception Female Genital Cutting (FGC) among the Horn of Africa' s immigrants in Melbourne. *AIMS Public Health*, 6(1), 67–78. DOI: 10.3934/publichealth.2019.1.67.
- Heckmann, F. (2015): Integration von Migrantinnen. – Wiesbaden.

- Heidemann, F. (2019): Ethnologie. Eine Einführung. (2nd ed.) – Göttingen.
- Helfferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. (4th ed.) – Wiesbaden.
- Hernlund, Y., & Shell-Duncan, B. (2007): Contingency , Context , and Change : Negotiating Female Genital Cutting in The Gambia and Senegal. *Africa Today*, 53(4), 43–57. DOI: 10.1353/at.2007.0018.
- Hillmann, F. (2014): Migration. In: Julia Lossau, T. Freytag, & R. Lippuner (Eds.), *Schlüsselbegriffe der Kultur- und Sozialgeographie* (= UTB 3898) (108–123) – Stuttgart.
- Hillmann, F. (2016): Migration. Eine Einführung aus sozialgeographischer Perspektive (= Sozialgeographie kompakt, Band 4). – Stuttgart.
- Hillmann, K.-H. (2007): Wörterbuch der Soziologie. (5th ed.) – Stuttgart.
- Hofstätter, V. (2012): Tabuisierte Ausnahme oder Berufsalltag? Wissensstand und Erfahrungen österreichischer Hebammen zum Thema weibliche Genitalverstümmelung. Universität Wien – Wien.
- Hofstede, G. (1993): Interkulturelle Zusammenarbeit. Kulturen - Organisationen - Management. – Wiesbaden.
- Hofstede, G. (2001): Culture's Consequences. Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations. (2nd ed.) – London u.a.
- Hofstede, G. (2017): Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. (6th ed.) – München.
- Hönig, B. (2020): Etablierte und Außenseiter, insider und outsider. In: C. Fleck & C. Dayé (Eds.), *Meilensteine der Soziologie* (447–455) – Frankfurt / New York.
- Hosken, F. P. (1979): The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females. (2nd ed.) – Lexington.
- Hug, T., & Poscheschnik, G. (2020): Empirisch forschen (=UTB 3357). (3rd ed.) – Tübingen.
- Hulverscheidt, M. (2002): Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum. – Frankfurt am Main.
- Ihring, I. (2015): Weibliche Genitalbeschneidung im Kontext von Migration. – Opladen.
- IOM (2019): Glossary on Migration No. 34. – Genf.
- Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V. (2013): Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4(3), 93–98. DOI: 10.1016/j.srhc.2013.04.004.
- Isop, U. (2009): Emanzipatorische betroffenenkontrollierte Forschung aus feministischer und geschlechterkritischer Perspektive. In: Plattform Massenuni (Ed.), *Jenseits von Humboldt. Von der Kritik der Universität zur globalen Solidarischen Ökonomie des Wissens*. (70–71) – Wien.
- Izett, S., & Toubia, N. (1999): Learning About Social Change. A research evaluation

- Guidebook using Female Genital Mutilation as a Case Study. – New York.
- Jirovsky-Platter, E. (2021): Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) – ein Überblick für Hausärzt*innen aus medizinanthropologischer Perspektive. *Zeitschrift Für Allgemeinmedizin*, 97(1), 10–18. DOI: 10.3238/zfa.2021.0010.
- Johansen, E. (2006): Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of Female Genital Cutting among Somalis in Norwegian Exile, and their health care providers. University of Oslo. – Oslo.
- Johansen, E. (2016): Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health and Sexuality*, 19(4), 528–542. DOI: 10.1080/13691058.2016.1239838.
- Johansen, E. (2017): Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive Health*, 14(1), 1–12. DOI: 10.1186/s12978-017-0287-4.
- Johnsdotter, S. (2018a): Girls and boys as Victims: asymmetries and dynamics in European public discourses on genital modifications in children. In: M. Fusaschi & G. Cavatorta (Eds.), *FGM/C: From Medicine to Critical Anthropology* (31–47) – Torino.
- Johnsdotter, S. (2018b): The Impact of Migration on Attitudes to Female Genital Cutting and Experiences of Sexual Dysfunction Among Migrant Women with FGC. *Current Sexual Health Reports*, 10(1), 18–24. DOI: 10.1007/s11930-018-0139-4.
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2016): Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 32(2016), 15–25. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012.
- Johnsdotter, S., & Mestre, R. M. (2015): Female Genital Mutilation in Europe : An analysis of court cases. – Luxembourg.
- Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R., & Essén, B. (2009): “Never My Daughters”: A Qualitative Study Regarding Attitude Change Toward Female Genital Cutting Among Ethiopian and Eritrean Families in Sweden. *Health Care for Women International*, 30(2009), 114–133. DOI: 10.1080/07399330802523741.
- Kahn, S. (2016): “You see, one day they cut”: The evolution, expression, and consequences of resistance for women who oppose female genital cutting. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(7–8), 622–635. DOI: 10.1080/10911359.2016.1238805.
- Kalokoh, N. (2017): The Effects of Female Genital Mutilation on Women of Sierra Leone. Walden University – Minneapolis.
- Karim, M. (1998): Female genital mutilation (circumcision): Historical, social, religious, sexual, and legal aspects. – Kairo.
- Keller, S. (2004): Motivation zur Verhaltensänderung - Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift Für Gesundheitspsychologie*, 12(2), 35–38. DOI: 10.1026/0943-8149.12.2.35.
- Kenyon, F. G. (1893): Greek Papyri in the British Musuem. Catalogue, with texts. –

London.

Kleist, O. (2015): Über Flucht forschen. Herausforderungen der Flüchtlingsforschung. *Peripherie*, 139(35), 150-169.

Klinger, M. (2019): Intime Verletzungen: Weibliche und männliche Genitalbeschneidung (K)ein unzulässiger Vergleich?!. – Hamburg.

Korieh, C. (2005): 'Other' Bodies: Western Feminism, Race, and Representation in Female Circumcision Discourse. In: O. Nnaemeka (Ed.), *Female Circumcision and the Politics of Knowledge: African Women In Imperialist Discourses* (111–134) – Westport u.a.

Koso-Thomas, O. (1987): *The Circumcision of Women: A Strategy for Eradication*. – London.

Koukkula, M., Keskimäki, I., Koponen, P., Mölsä, M., & Klemetti, R. (2016): Female Genital Mutilation/Cutting among Women of Somali and Kurdish Origin in Finland. *Birth*, 43(3), 240–246. DOI: 10.1111/birt.12236.

Koukoui, S., Hassan, G., & Guzder, J. (2017): The mothering experience of women with FGM/C raising 'uncut' daughters, in Ivory Coast and in Canada. *Reproductive Health*, 14(1), 1–11. DOI: 10.1186/s12978-017-0309-2.

Kuckartz, U. (2014): *Mixed Methods Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. – Wiesbaden.

Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (4th ed.) – Weinheim / Basel.

Kusow, A. M. (2003): Beyond Indigenous Authenticity: Reflections on the Insider/Outsider Debate in Immigration Research. *Symbolic Interaction*, 26(4), 591–599. DOI: 10.1525/si.2003.26.4.591.

Leiprecht, R. (2001): *Alltagsrassismus. Eine Untersuchung bei Jugendlichen in Deutschland und den Niederlanden*. – Münster.

Liang, M., Loaiza, E., Diop, N. J., & Legesse, B. (2016): Demographic perspectives of female genital mutilation. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(1), 3–28. DOI: 10.1108/IJHRH-05-2015-0017.

Lien, I.-L., & Schultz, J.-H. (2013): Internalizing Knowledge and Changing Attitudes to Female Genital Cutting/Mutilation. *Obstetrics and Gynecology International*, 2(2013), 1–10. DOI: 10.1155/2013/467028.

Lightfoot-Klein, H. (1993): *Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen*. (2nd ed.) – Frankfurt am Main.

Lightfoot-Klein, H. (2003): *Der Beschneidungsskandal*. – Berlin.

Löchel, C., Bogumil, J., Berié, E., & Laloire, L. L. (2018): *Der neue Fischer Weltalmanach 2019: Zahlen. Daten. Fakten*. – Frankfurt am Main.

Mackie, G. (1996): Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account. *American Sociological Review*, 61(6), 999–1017.

Mackie, G. (2000): Female Genital Cutting: The Beginning of the End. In: B. Shell-

- Duncan & Y. Herlund (Eds.), *Female 'circumcision' in Africa: Culture, controversy, and change* (253–281) – London.
- Mackie, G., & Lejeune, J. (2009): Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A New Look at the Theory. In: *UNICEF Innocenti Working paper No. 2009-06* – Florence.
- Maier, C. (2003): Echo des Schweigens. Stimmen der Betroffenheit zur Genitalverstümmelung bei afrikanischen Immigrantinnen in Wien. – Wien.
- Martell, S., Schoenholz, R., Chen, V. H., Jun, I., Chemouni, S., & Ades, V. (2020): Perceptions of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) among Asylum Seekers in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2020, 1–8. DOI: 10.1007/s10903-020-01103-5.
- Martin, S., Maehler, D. B., Behr, D., & Pötzschke, S. (2016): Methodische Grundlagen der quantitativen Migrationsforschung. In: D. B. Maehler & H. U. Brinkmann (Eds.), *Methoden der Migrationsforschung - Ein interdisziplinärer Forschungsleitfaden* (17–60) – Wiesbaden.
- Mayer, R. (2005): Diaspora. Eine kritische Begriffsbestimmung. – Bielefeld.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken. – Weinheim / Basel.
- Mayring, P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. (6th ed.) – Weinheim / Basel.
- Mberu, B. U. (2017): Female Genital Mutilation/Cutting in Nigeria: a Scoping Review. – New York.
- Mcneely, S., & De Jong, F. C. (2016): Somali refugees' perspectives regarding FGM/C in the US. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 12(3), 157–169. DOI: 10.1108/IJMHS-09-2015-0033.
- Mende, J. (2011): Begründungsmuster weiblicher Genitalverstümmelung. Zur Vermittlung von Kulturrelativismus und Universalismus. – Bielefeld.
- Merton, R. (2002): Insiders and Outsiders: A Chapter in the Sociology of Knowledge. *American Journal of Sociology*, 78(1), 9–47.
- Meßmer, A.-K. (2013): Same Same But Different: Intimmodifikationen zwischen Zwang und Selbstbestimmung. In: A. Mcpherson, B. Paul, S. Pritsch, M. Unseld, & S. Wenk (Eds.), *Wanderungen. Migrationen und Transformationen aus geschlechterwissenschaftlichen Perspektiven* (35–50) – Bielefeld.
- Mies, M. (1984): Methodische Postulate zur Frauenforschung - dargestellt am Beispiel der 'Gewalt gegen Frauen'. *Beiträge Zur Feministischen Theorie Und Praxis*, 11(7), 7–25.
- Morison, L. A., Dirir, A., Elmi, S., Warsame, J., & Dirir, S. (2004): How Experiences and Attitudes Relating to Female Circumcision Vary According to Age on Arrival in Britain: A Study among Young Somalis in London. *Ethnicity and Health*, 9(1), 75–100. DOI: 10.1080/1355785042000202763.
- Morris, B. J., Wamai, R. G., Henebeng, E. B., Tobian, A. A. R., Klausner, J. D., Banerjee, J., & Hankins, C. A. (2016): Estimation of country-specific and global prevalence of

- male circumcision. *Population Health Metrics*, 14(4), 1–13. DOI: 10.1186/s12963-016-0073-5.
- Mulongo, P., Hollins Martin, C., & McAndrew, S. (2014): The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), 469–485. DOI: 10.1080/02646838.2014.949641.
- Muteshi, J. K., Miller, S., & Belizán, J. M. (2016): The ongoing violence against women: Female Genital Mutilation/Cutting. *Reproductive Health*, 13(44), 1–4. DOI: 10.1186/s12978-016-0159-3.
- Norman, K., Hemmings, J., Hussein, E., & Otoo-Oyortey, N. (2009): FGM is always with us: Experiences, Perceptions, Beliefs of Women Affected by Female Genital Mutilation in London. Results from a PEER Study. – London.
- Nyangweso Wangila, M. (2007): Female Circumcision. The interplay of Religion, Culture and Gender in Kenya. – New York.
- Nzimwagne-Gölz, S. (2003): Beratung zur Genitalverstümmelung im Kontext der Migration. In: Terre des Femmes (Ed.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung - Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (225–233) – Frankfurt am Main.
- Ö1 (2017, 8 April): *Religöse Beschneidung nicht strafbar*. Available at: <https://oe1.orf.at/artikel/310367/Religoese-Beschneidung-nicht-strafbar> (Accessed: 4 April 2021).
- Okeke, T., Anyaehie, U., & Ezenyeaku, C. (2012): An overview of female genital mutilation in Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 2(1), 70–73. DOI: 10.4103/2141-9248.96942.
- ORCHID (2020): Impacts of COVID-19 on female genital cutting. – o.O.
- Ortensi, L. E., Farina, P., & Menonna, A. (2015): Improving estimates of the prevalence of female genital mutilation/cutting among migrants in western countries. *Demographic Research*, 32(1), 543–562. DOI: 10.4054/DemRes.2015.32.18.
- Orthodoxe Kirche Österreich (n.d.): Unbewegliche Feiertage des Herrn. Available at: <http://www.orthodoxe-kirche.at/site/orthodoxesleben/kirchenjahrundfestkalende/article/100.html> (Accessed: 15 July 2021)
- Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (2001): Newsletter der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung. (Vol. 3, Issue 1) – Wien.
- Österreichischer Integrationsfonds (2019): Jahresbericht 2018. – Wien.
- Parker, P., Holland, D., Dennison, J., Smith, S. H., & Jackson, M. (2018): Decolonizing the Academy: Lessons From the Graduate Certificate in Participatory Research at The University of North Carolina at Chapel Hill. *Qualitative Inquiry*, 24(7), 464–477. DOI: 10.1177/1077800417729846.
- Pastor-Bravo, M. M., Almansa-Martínez, P., & Jiménez-Ruiz, I. (2020): Postmigratory Perceptions of Female Genital Mutilation : Qualitative Life History Research. *Journal of Transcultural Nursing*, 2020, 1–9. DOI: 10.1177/1043659620962570.

- Pillow, W. S. (2003): Confession, catharsis, or cure? Rethinking the uses of reflexivity as methodological power in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 16(2), 175–196. DOI: 10.1080/0951839032000060635.
- Pittaway, E., Bartolomei, L., & Hugman, R. (2010): ‘Stop Stealing Our Stories’: The ethics of research with vulnerable groups. *Journal of Human Rights Practice*, 2(2), 229–251. DOI: 10.1093/jhuman/huq004.
- Poldermans, S. (2006): Combating female genital mutilation in Europe. A Comparative Analysis of Legislative and Preventative Tools in the Netherlands, France, the United Kingdom, and Austria. Universität Wien – Wien.
- Preller, C. C. (2008): So fern und doch so nah? Traditionsbedingte Gewalt an Frauen. – Wien.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. DOI: 10.1037/0022-006X.51.3.390.
- Prochaska, J., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992): In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997): The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. DOI: 10.4278/0890-1171-12.1.38.
- Rechtsinformationssystem des Bundes (2002): Entscheidungstext. (227.372/0-V/14/02). Available at: https://www.ris.bka.gv.at/JudikaturEntscheidung.wxe?Abfrage=Ubas&Dokumentnummer=UBAST_20020605_227_372_0_V_14_02_00&ShowPrintPreview=True (Accessed: 08 April 2021).
- Rechtsinformationssystem des Bundes (2021): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch, Fassung vom 11.03.2021. Available at: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296> (Accessed: 08 April 2021).
- Richter, G., & Schnüll, P. (2003): Einleitung. In: Terre des Femmes (Ed.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung - Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (15–22) – Frankfurt am Main.
- Rogers, E. M. (1983): Diffusion of innovations. (3rd ed.) – New York.
- Rust, R. (2007): Beschneidung im Geheimbund. Weibliche Genitalbeschneidung in Sierra Leone aus kulturwissenschaftlicher Sicht (= Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag, Reihe Sozialwissenschaften 8). – Marburg.
- Ryan, L. (2015): ‘Inside’ and ‘outside’ of what or where? Researching migration through multi-positionalities. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 16(2), Art. 17. DOI: 10.17169/fqs-16.2.2333.
- Scheiber, A. (2012): Das Bild der „beschnittenen Frauen“ in der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit Eine Analyse der Darstellungsstrategien ausgewählter österreichischer EZA-Organisationen. Universität Wien – Wien.

- Schnüll, P. (2003): Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika. In: Terre des Femmes (Ed.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung - Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (23–64) – Frankfurt am Main.
- Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 15(1), Art. 18. DOI: 10.17169/fqs-15.1.2043.
- Schütz, A. (1971): Gesammelte Aufsätze I. Das Problem der sozialen Wirklichkeit. – Den Haag.
- Schütz, A., & Luckmann, T. (2017): Strukturen der Lebenswelt (= UTB 2412). (2nd ed.) – München.
- Shahawy, S., Amanuel, H., & Nour, N. M. (2019): Perspectives on female genital cutting among immigrant women and men in Boston. *Social Science & Medicine*, 220(2019), 331–339. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.11.030.
- Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (2006): Are there ‘stages of change’ in the practice of female genital cutting?: Qualitative research findings from Senegal and The Gambia. *African Journal of Reproductive Health*, 10(2), 57–71. DOI: 10.2307/30032459.
- Shell-Duncan, B., Moore, Z., & Njue, C. (2017): The Medicalization of Female Genital Mutilation /Cutting: What do the Data Reveal?. – New York.
- Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., & Moreau, A. (2011): Dynamics of change in the practice of female genital cutting in Senegambia: Testing predictions of social convention theory. *Social Science and Medicine*, 73(8), 1275–1283. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.07.022.
- Siles-González, J., Gutiérrez-García, A. I., & Solano-Ruiz, C. (2020): Leadership among women working to eradicate female genital mutilation: The impact of environmental change in transcultural moments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1–15. DOI: 10.3390/ijerph17165996.
- Siles-González, J., Reig-Alcaraz, M., Noreña-Peña, A. L., & Solano-Ruiz, C. (2018): Critical Thinking and experiences of women who have suffered female genital mutilation: A case study. *EasyChair Preprint*, 138(2018), 103–115. DOI: 10.29007/ncvx.
- Siles González, J., Cibanal Juan, L., Vizcaya-Moreno, M. F., Gabaldón Bravo, E. M., Domínguez Santamaría, J. M., Solano Ruiz, M. del C., & García Hernández, E. (2001): Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 10(2001), 72–87. DOI: 10.14198/cuid.2001.10.11.
- SimpleMaps (o.J.): Interactive Maps & Data. Available at: <https://simplemaps.com/> (Accessed: 28 November 2020).
- Solomon, J. (2008): ‘Living with X’: A body mapping journey in time of HIV and AIDS. Facilitator’s Guide. (= Psychosocial Wellbeing Series). – o.O.
- Sood, S., Cronin, C., & Kostizak, K. (2020): Participatory Research Toolkit. For social norms measurement. – New York.

- Spindler, S. (2011): Feminisierung von Migration – Formen und Folgen weiblicher Wanderungsprozesse. In: G. Hentges & H.-W. Platzer (Eds.), *Europa – quo vadis?* (171–188) – Wiesbaden.
- Stadt Wien (2006): Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. – Wien.
- Stadt Wien (2018): Jahresbericht 2017. Wiener Programm für Frauengesundheit. – Wien.
- Stadt Wien (2021): Maßnahmen gegen FGM - Wiener Programm für Frauengesundheit. Available at: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratungsvorsorge/frauen/frauengesundheit/schwerpunkte/gewalt/fgm.html> (Accessed: 2 March 2021).
- Stamann, C., Janssen, M., & Schreier, M. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 17(3), Art. 16. DOI: 10.1177/000313481107701124.
- Statistik Austria (2021): ‘STATcube’. Available at: <https://portal.statistik.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/dataCatalogueExplorer.xhtml> (Accessed: 08 March 2021).
- Strasser, E. (2009): Was ist Migration? Zentrale Begriffe und Typologien. In: M. Six-Hohenbalken & J. Tosic (Eds.), *Anthropologie der Migration: Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte* (15–29) – Wien.
- Strid, S., & Axelsson, T. K. (2020): Involving Men: The Multiple Meanings of Female Genital Mutilation in a Minority Migrant Context. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 28(4), 287–301. DOI: 10.1080/08038740.2020.1786164.
- Terre des Femmes (2005): Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung (FGM = Female Genital Mutilation). – Berlin.
- Terre des Femmes (2017): Weibliche Genitalverstümmelung – Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffenen. – Berlin.
- Terre des Femmes (2019a): Äthiopien. Available at: <https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmung/unser-engagement/aktivitaeten/genitalverstuemmung-in-afrika/fgm-in-afrika/1428-aethiopien> (Accessed: 7 July 2021).
- Terre des Femmes (2019b): Kenia. Available at: <https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmung/unser-engagement/aktivitaeten/genitalverstuemmung-in-afrika/fgm-in-afrika/1429-kenia> (Accessed: 7 July 2021).
- Terre des Femmes (2019c): Nigeria. Available at: <https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmung/unser-engagement/aktivitaeten/genitalverstuemmung-in-afrika/fgm-in-afrika/1462-nigeria> (Accessed: 7 July 2021).
- Terre des Femmes (2019d): Somalia. Available at: <https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmung/unser-engagement/aktivitaeten/genitalverstuemmung-in-afrika/fgm-in-afrika/1430-somalia> (Accessed: 8 July 2021).

- Terre des Femmes (2020): Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. – Berlin.
- Thierfelder, C., Tanner, M., & Bodiang, C. M. K. (2005): Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15(1), 86–90. DOI: 10.1093/eurpub/cki120.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Toubia, N. (1993): Female Genital Mutilation: A Call for Global Action. – New York.
- Toubia, N., & Sharief, E. H. (2003): Female genital mutilation : have we made progress ? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82(2003), 251–261. DOI: 10.1016/S0020-7292.
- UNFPA (2021): From the field: COVID-19 increasing risk of female genital mutilation. Available at: <https://news.un.org/en/story/2021/02/1083952> (Accessed: 8 August 2021).
- UNHCR (2013): Too much pain: Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union. A Statistical Overview. – o.O.
- UNHCR (2020): Trends at a Glance: Global Trends Forced Displacement in 2019. – Copenhagen.
- UNICEF (2007): Zur Frage der Strafbarkeit weiblicher Genitalverstümmelung gemäss den Typen I und IV. – Zürich.
- UNICEF (2013): Female genital mutilation/cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. – New York.
- UNICEF (2020a): A Profile of Female Genital Mutilation in Ethiopia. – New York.
- UNICEF (2020b): A Profile of Female Genital Mutilation in Kenya. – New York.
- UNICEF (2020c): Ethiopia. Statistical Profile on Female Genital Mutilation. – New York.
- UNICEF (2020d): Female genital mutilation (FGM) - UNICEF global databases 2020. Available at: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/> (Accessed: 28 November 2020).
- UNICEF (2020e): Nigeria. Statistical Profile on Female Genital Mutilation. – New York.
- Upvall, M. J., Mohammed, K., & Dodge, P. D. (2009): Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 360–368. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.04.009.
- Van Baelen, L., Ortensi, L., & Leye, E. (2016): Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(6), 474–482. DOI: 10.1080/13625187.2016.1234597.
- Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J., & Dawson, A. (2015): The role of men in

- abandonment of female genital mutilation: A systematic review. *BMC Public Health*, 15(1034), 1–14. DOI: 10.1186/s12889-015-2373-2.
- Vester, H.-G. (2009): Kompendium der Soziologie I: Grundbegriffe. – Wiesbaden.
- Villani, M., & Bodenmann, P. (2017): FGM in Switzerland: between legality and loyalty in the transmission of a traditional practice. *Health Sociology Review*, 26(2), 160–174. DOI: 10.1080/14461242.2016.1254058.
- Vissandjée, B., Kantiébo, M., Levine, A., & N'Dejuru, R. (2003): The cultural context of gender, identity: Female genital, excision and infibulation. *Health Care for Women International*, 24(2), 115–124. DOI: 10.1080/07399330390170097.
- Vloeberghs, E., Van Der Kwaak, A., Knipscheer, J., & Van Den Muijsenbergh, M. (2012): Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity and Health*, 17(6), 677–695. DOI: 10.1080/13557858.2013.771148.
- Vogt, S., Efferson, C., & Fehr, E. (2017): The risk of female genital cutting in Europe: Comparing immigrant attitudes toward uncut girls with attitudes in a practicing country. *SSM – Population Health*, 3(2017), 283–293. DOI: 10.1016/j.ssmph.2017.02.002.
- Wahlberg, A., Essén, B., & Johnsdotter, S. (2019): From sameness to difference: Swedish Somalis' post-migration perceptions of the circumcision of girls and boys. *Culture, Health & Sexuality*, 21(6), 619–635. DOI: 10.1080/13691058.2018.1502472.
- Wahlberg, A., Johnsdotter, S., Selling, K. E., & Essén, B. (2019): Shifting perceptions of female genital cutting in a Swedish migration context. *PLOS ONE*, 14(12), 1–13. DOI: 10.1371/journal.pone.0225629.
- Wahlberg, A., Johnsdotter, S., Selling, K. E., Källestål, C., & Essén, B. (2017): Factors associated with the support of pricking (female genital cutting type IV) among Somali immigrants – a cross-sectional study in Sweden. *Reproductive Health*, 14(92), 1–10. DOI: 10.1186/s12978-017-0351-0.
- Walter, R. (2012, 14 September): Intimchirurgie: 'Ich weiß nicht, ob ein Penis schön ist'. *Der Standard*. Available at: <https://www.derstandard.at/story/1345166184486/umstrittene-intimchirurgie-designer-vagina-vagina-tuning> (Accessed: 6 April 2021).
- Wardenga, U. (2002): Räume der Geographie und zu Raumbegriffen im Geographieunterricht. *Wissenschaftliche Nachrichten*, 120(2002), 47–52.
- Wastl-Walter, D. (2010): Gender Geographien. Geschlecht und Raum als soziale Konstruktionen (=Sozialgeographie kompakt, Band 2). – Stuttgart.
- Weber, M. (2005): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der Verstehenden Soziologie. – Frankfurt am Main.
- Weichhart, P. (2001): Humangeographische Forschungsansätze. In: W. Sitte & H. Wohlschlägl (Eds.), *Beiträge zur Didaktik des „Geographie und Wirtschaftskunde“-Unterrichts* (182–198) – Wien.
- Wellings, K., Branigan, P., & Mitchell, K. (2000): Discomfort, discord and discontinuity as data: using focus groups to research sensitive topics. *Culture, Health & Sexuality*,

- 2(3), 255–267. DOI: 10.1080/136910500422241.
- Welsch, W. (1994): Transkulturalität. Zur veränderten Verfassung heutiger Kulturen. *VIA REGIA*, 20(1994).
- Welsch, W. (2009): Was ist eigentlich Transkulturalität? In: L. Darowska & C. Machold (Eds.), *Hochschule als transkultureller Raum? Beiträge zu Kultur, Bildung und Differenz*. (39–66) – Bielefeld.
- Werlen, B. (1993): Gibt es eine Geographie ohne Raum? Zum Verhältnis von traditioneller Geographie und zeitgenössischen Gesellschaften. *Erdkunde*, 47(4), 241–255.
- Werlen, B. (2007): Globalisierung, Region und Regionalisierung. Sozialgeographie alltäglicher Regionalisierungen. – Stuttgart.
- WHO (1999): Female Genital Mutilation. Information kit. – Genf.
- WHO (2007): Male circumcision. Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. – Genf.
- WHO (2008): Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. – Genf.
- WHO (2020): Female genital mutilation. Fact sheet. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (Accessed: 11 September 2020).
- Wiener Programm für Frauengesundheit (2015): Leitlinien zur weiblichen Genitalchirurgie. Konsensuspapier. (No. 2) – Wien.
- Wiener Zeitung (2018, 6 February): *Wien öffnet eigene Ambulanz für beschnittene Frauen*. Available at: https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/welt-europa/weltchronik/945434_Wien-oeffnet-eigene-Ambulanz-fuer-beschnittene-Frauen.html (Accessed: 23 August 2021).
- Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen. – Frankfurt am Main u.a.
- Witzel, A. (2000): The problem-centered interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. DOI: 10.17169/fqs-1.1.1132.
- Yousefi, H. R., & Braun, I. (2011): Interkulturalität: Eine interdisziplinäre Einführung. – Darmstadt.
- Yousefi, H. R., & Braun, I. (2016): Interkulturelles Handbuch der Kulturwissenschaften. Grundlagen und Schlüsselbegriffe. – Nordhausen.
- Zinka, B., Ackermann, I., Bormann, C., & Graw, M. (2018): Würden Sie eine weibliche Genitalverstümmelung erkennen? *MMW-Fortschritte Der Medizin*, 160(3), 56–59. DOI: 10.1007/s15006-018-0202-0.
- Zinka, B., Bormann, C., Graw, M., & Ackermann, I. (2018): Morphologische Befunde nach Verstümmelung des weiblichen Genitales. *Gynäkologe*, 51(5), 433–443. DOI: 10.1007/s00129-018-4235-3.

Anhang I – Informationsblatt

Infoblatt Masterarbeit

Einstellungen weiblicher afrikanischer Frauen mit Migrationserfahrung in Wien zur weiblichen Genitalbeschneidung

Liebe Interessentin*,

mein Name ist XY&

ich studiere Geographie und Regionalforschung an der Universität Wien.

Ich habe für meine Masterarbeit das Thema der weiblichen Genitalbeschneidung gewählt, da mich das Thema interessiert & ich als Frau mehr darüber erfahren möchte. Die Leitfrage meiner Masterarbeit lautet:

„Welche Einstellungen afrikanischer Frauen mit Migrationserfahrung in Wien hinsichtlich der weiblichen Genitalbeschneidung gibt es, wie unterscheiden sie sich und welche Faktoren beeinflussen diese?“

Dafür suche ich Interviewpartnerinnen* aus praktizierenden Ländern, die in Wien leben, um mit Ihnen in einer angenehmen, geschützten Atmosphäre über das Thema und Ihre Meinung zu sprechen. Gerne weise ich bei dem Gespräch einen negativen Covid-19-Test vor.

Voraussetzungen

- Deutschniveau A2-C1, Englischniveau A2-C1
- Wohnort Wien
- Praktizierendes afrikanisches Herkunftsland*
- Kontakt zu Familie/ Freund*innen/Bekannten im Herkunftsland
- Älter als 18 Jahre
- Wissen über die Existenz der weiblichen Genitalbeschneidung

Die Daten werden vertraulich behandelt und anonymisiert. Das Interview kann auch jederzeit ohne Grund beendet werden.

Bei Interesse oder Fragen melden Sie sich gerne bei mir:

Kontakt Daten

E-Mail: XY919@hotmail.XX

Handy(Anruf/WhatsApp/SMS): +436802347XXX

Ich bin Ihnen dankbar, wenn Sie mich in meinem Vorhaben unterstützen und mir Einblicke in dieses frauenspezifische Thema geben.

Mit freundlichen Grüßen

Anhang II – Interviewleitfaden

Leitfaden

Einstellungen afrikanischer Frauen mit Migrationserfahrung in Wien gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung

EINLEITUNG

- Begrüßung (Orts- und Datumsangabe, Themenvorstellung, Dauer & Ziel)
- Dank für die Bereitschaft zum Interview
- Einholung des Einverständnisses (Anonymität, Audioaufnahme...)
- Klärung eventuell auftretender Fragen und Unsicherheiten

SOZIODEMOGRAPHISCHE CHARAKTERISTIKA

- Alter
- Aufenthaltsdauer in Österreich
- Berufliche Tätigkeit
- (Beschneidungsstatus)
- Bildungsgrad
- Familienstand + Kinder
- Geschlecht
- Herkunftsland & Region (Stadt, Land)
- Religionszugehörigkeit

WEIBLICHE GENITALBESCHNEIDUNG

1. In einer Reihe von Ländern auf der ganzen Welt gibt es eine Praxis, bei der Mädchen und Frauen einen Teil oder die gesamten Genitalien beschnitten werden. Was können Sie mir darüber sagen?
2. Welchen Ausdruck wünschen Sie sich im Rahmen dieses Gesprächs?
3. Wie definieren Sie die weibliche Genitalbeschneidung?
4. Welche Formen der weiblichen Genitalbeschneidung gibt es und wie unterscheiden sie sich?
5. Warum wird die weibliche Genitalbeschneidung Ihrer Meinung nach durchgeführt? Was sind die Gründe? (Vor- und Nachteile)

GESCHLECHTERASPEKTE

Frauen

6. Denken Sie, dass die weibliche Genitalbeschneidung eine Diskriminierung des weiblichen Geschlechts ist? Warum?
7. Ist die Tradition Frauensache? Wer erhält die Tradition aufrecht? Frauen, Männer oder beide?

Männer

8. Welche Rolle spielen Männer in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung?
9. Denken Sie, dass sich die Meinungen zu FGC bei Männern und Frauen unterscheiden?
10. Denken Sie, dass Männer in Äthiopien /Wien wollen, dass diese Praxis fortgesetzt oder eingestellt wird?
 - a. Denken Sie, dass Männer in Wien beschnittene oder unbeschnittene Frauen bevorzugen?
11. Haben Männer Ihrer Meinung nach Einfluss auf die Tradition?

PERSÖNLICHE BETROFFENHEIT (I) / WISSEN ÜBER BETROFFENE (II)

Kennen Sie jemanden der die weibliche Genitalbeschneidung erfahren hat? Familie, Freund*innen (oder Sie selbst)?

Option I – Persönliche Betroffenheit

12. Wie denken Sie über Ihre eigene Beschneidung?
13. Erinnern Sie sich an die Beschneidung? Würden Sie Ihre Erfahrungen mit mir teilen?
 - a. Wissen Sie welche Form der Beschneidung Sie erfahren haben? (Bilder zeigen, identifizieren lassen)
 - b. Wie alt waren Sie, als Sie diese Erfahrung gemacht haben?
 - c. Wo wurde FGC durchgeführt?
 - d. Wer hat den Eingriff durchgeführt?
 - e. Warum wurden Sie beschnitten? Was war(en) die Hauptgründe?
 - f. Wer hat es entschieden?

14. Wie war Ihre Einstellung gegenüber FGC vor und nach der Beschneidung? Hat der Eingriff Ihre Meinung zu FGC geändert? Wie haben Sie sich vor und nach der Beschneidung gefühlt?
15. Fühlen Sie sich als beschnittene Frau in Wien diskriminiert?
 - g. Wenn ja – warum?
16. Wie geht es Ihnen persönlich als unbeschnittene Frau?

Option II – Betroffenheit Bekannter

Wissen über Beschneidungen bei Verwandten, Familienmitgliedern, Freund*innen etc.

17. Können Sie mir kurz schildern wie FGC in Äthiopien abläuft?
18. Würden Sie Ihr Wissen mit mir teilen und mir kurz davon erzählen?
 - a. Wer hat den Eingriff durchgeführt?
 - b. Wissen Sie welche Form der Beschneidung sie erfahren hat? (Bilder herzeigen & identifizieren lassen)
 - c. Wie alt war sie, als Sie sich einer FGC unterzogen hat?
 - d. Wo wurde FGC durchgeführt?
 - e. Wer hat den Eingriff durchgeführt?
 - f. Warum wurde der Eingriff durchgeführt – was war(en) die Hauptgründe?
 - g. Wer hat es entschieden?
 - h. Was denken Frauen vor der Beschneidung und danach? Wie war ihre Einstellung gegenüber FGC vor und nach der Beschneidung? Hat der Eingriff ihre Meinung zu FGC geändert?
19. Denken Sie, dass sich beschnittene Frauen in Wien diskriminiert fühlen?
 - i. Wenn ja – warum?

EINSTELLUNG

20. Es gibt Menschen, die wollen, dass die Beschneidung von Frauen abgeschafft wird und andere wollen, dass sie fortgesetzt wird. Was ist Ihre Meinung? – Wie denken Sie über FGM/C?
21. Warum wollen Sie die Praxis abschaffen/ weiterführen?
22. Inwiefern befürworten/ lehnen Sie alle Formen von FGC ab und warum?
23. Was war Ihre Einstellung gegenüber FGC vor der Migration?

24. Inwiefern/Warum änderte sich diese Einstellung durch/nach der Migration?
(Faktoren der Meinungsänderung)
25. Wann, wo und wodurch haben Sie begonnen die Praxis zu hinterfragen?
 - j. Welche Rolle spielt die Migration, Medien, Religion, Wissen/Aufklärung, der Kontakt mit unbeschnittenen Frauen, eine andere Kultur, Gesetze in Bezug auf Ihre Einstellung gegenüber der weiblichen Genitalbeschneidung?

WIEN

26. Was wissen Sie über die weibliche Genitalbeschneidung in Wien?
27. Inwiefern sind sie in Österreich/Wien bereits mit dem Thema weibliche Genitalbeschneidung in Berührung gekommen?
28. Inwiefern ist das Thema in Wien ein Tabu? Warum?
29. Denken Sie, dass es Menschen in Wien gibt, die die Beschneidung weiterhin befürworteten?
 - k. Wenn ja – kennen Sie jemanden? Warum glauben Sie, befürworten sie die Praxis?
30. Wissen oder glauben Sie, dass die Praxis Ihres Wissen in Österreich / Wien durchgeführt wird?
 - l. Wenn ja – warum wird sie weiterhin praktiziert?
 - m. Wenn nein – was hält Menschen, die es gern praktizieren würden, davon ab?
31. Denken Sie, dass Eltern mit ihren Töchtern in das Herkunftsland reisen, um sie beschneiden zu lassen?

DIASPORA

32. Haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie und Freund*innen in Ihrem Herkunftsland?
 - n. Wenn ja - sprechen Sie mit Ihnen über FGC?
33. Was sind die Ansichten/ Meinungen Ihrer Familienmitglieder, Bekannten? Wie denken Ihre Familienmitglieder, Verwandten über FGC? (unterschiedliche Ansichten?)
34. Denken Sie, dass Sie Einfluss auf das Verhalten Ihrer Familie/Bekannten in Ihrem Herkunftsland haben/ haben würden?
 - o. Wenn ja – inwiefern?

- i. Welche Herausforderungen/ Probleme sehen Sie dabei?
- 35. Denken Sie, dass Ihre Familie, Freund*innen in Ihrem Heimatland Einfluss auf Sie in Wien haben?
 - p. Wenn ja – inwiefern?
- 36. Verspüren Sie hier in Wien Druck die weibliche Genitalbeschneidung aufrecht zu erhalten?
 - q. Wenn ja – von wem?

ABSCHLUSS

- 37. Kennen Sie Beratungsstellen oder Institutionen in Wien, wo sich Frauen in Bezug auf FGC Informationen bzw. Hilfe holen können?
 - r. Wenn ja – können Sie mir ein paar (2-3) nennen?
- 38. Möchten Sie abschließend noch etwas ergänzen?

BODY MAP

Die Body Map ist ein visuelles Analogon, mit dessen Hilfe die Befragten darstellen und beschreiben können, wie sie sich in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung fühlen. „*Woran denken Sie bei der weiblichen Genitalbeschneidung und wie fühlen Sie sich dabei?*“

Zeichnen Sie diese Gedanken und Gefühle (geistig, körperlich, sozial,...) in die Body Map ein und beschreiben Sie bitte anschließend kurz Ihre Gedanken.

Anhang III – Kodierleitfaden

Kategorie (Code)	Beschreibung & Anwendung	Beispiele
Einstellungen	Subjektive, derzeitige Einstellungen und Überzeugungen gegenüber der Praxis, einzelnen Formen oder die Besserstellung von FGM/C im eigenen Land werden genannt und begründet.	<i>„Ich finde alle schlecht. For Frauen ohne Schneiden ist besser.“ (B2)</i>
Befürwortung	Findet Anwendung, wenn die Praxis oder einzelne Formen befürwortet und die Meinung begründet wird.	<i>“I like it, because it kills the emotional sexual feelings, (...)” (B10)</i>
Ablehnung	Umfasst die strikte Ablehnung gegenüber FGM/C oder einzelner Formen und die Gründe der Ablehnung.	<i>“Hmm my opinion is that I wish they continue, but there is nobody who is going to cut it any longer.” (B9)</i>
Ambivalenz	Wird angewandt, wenn Zwiespältigkeit gegenüber der Praxis besteht, wenn diese für gut geheißen wird, jedoch nicht ausgeübt. Ebenfalls die Erklärung, wie es zu dieser Einstellung kam.	<i>“Was ich finde nicht gut, ist das diese Beschneidung für Dame, für Mädchen soll jede Mädchen freiwillig, so wie in Kenia, weil in Somalia, (...)” (B9)</i>
Exkurse		
Besserstellung	Vergleiche zwischen der Beschneidung in unterschiedlichen Ländern und deren Meinung darüber	<i>„Nur Männer geschnitten, das ist normal.“ (B2)</i>
Männliche Genitalbeschneidung	Wenn die Einstellung gegenüber der männliche Beschneidung erwähnt wird.	
Faktoren der Reflexion	Beinhaltet Faktoren, die zu einer Reflexion von FGM/C oder einer Meinungsänderung geführt haben. Ebenso wenn die Praxis unhinterfragt hingenommen wurde.	<i>„Ich habe keine Zeit über das Denken, ich bin Kind.“ (B1)</i>

Migration	Wenn die Migration in ein anderes Land (z.B. Österreich) zur Reflexion beigetragen oder dazu geführt hat. Inwiefern Migration eine Rolle spielt.	<i>“I took as a normal phenomena, it was a normal phenomena.” (B8)</i>
Persönliche Betroffenheit & Erlebtes	Die persönliche Erfahrung und Erlebtes (Beschneidungen miterlebt oder gesehen) wird geschildert. Findet Anwendung, wenn erläutert wird, ob und inwiefern sie selbst betroffen sind und ihre Meinung darüber. Außerdem ist inkludiert, wenn sich die Ansichten gegenüber FGM/C vor und nach der Beschneidung ändern oder sich nach der eigenen Beschneidung aufgrund dieser eine ablehnende Haltung entwickelt hat.	<i>„Ich habe selber in der Schule gelernt, das Probleme kommt.“ (B2)</i> <i>„It's really hard situation, I feel not like a normal woman, when I get the female genital circumcision” (B5)</i>
Medien	Wenn Informationen zu FGM/C über die Medien (Fernsehen, Radio, Zeitungen, Internet) im Herkunfts- oder Einwanderungsland erhalten wurden.	<i>“Because of my profession and the Communitys and the different cities I have visited, I understood better, you know, I studied, I understood really well that this is, this is not right.” (B7)</i>
Aufklärung, Bildung, der Kontakt zu anderen Menschen oder Kulturen	Wenn Aufklärung und Bildung durch andere Menschen wie Familienmitglieder, berufliche Tätigkeiten, Schule, Kurse oder Seminare (z.B. Deutschkurs), Krankeneinrichtungen erhalten wurde. Wenn der Austausch mit Menschen in oder aus anderen Ländern oder Kulturen zur Reflexion beigetragen hat.	<i>“Erst wenn ich hier gekommen, dann hab‘ ich mich nur gefragt, warum, was ist falsch mit FGM.“ (B3)</i>
Religion	Wenn erkannt wurde, dass FGM/C kein religiöses Erfordernis ist oder religiöse Einrichtungen die Meinungen beeinflussten.	<i>„Jetzt es ist zu spät, ich bin traurig, dass ich habe das gemacht.“ (B11)</i>

Wien	Wissen, Erfahrungen und Einschätzungen über das Vorkommen von weiblicher Genitalbeschneidung oder Alternativen in Wien, über die Gesetzeslage und Informations- und Beratungsstellen in Wien sowie <i>vacation cutting</i> . Wird zudem kodiert, wenn es um die Einschätzungen oder das Wissen über die Ansichten von Community-Mitgliedern gegenüber FGM/C in Wien geht.	<i>“Ich glaub nicht, weil die haben Angst, weil die wissen, dass hier sowas verboten ist (...)“ (B4)</i> <i>“The majority would love to do it, would love to continue their culture (...)” B7</i>
Existenz	Einschätzungen oder Wissen über das Vorkommen der weiblichen Genitalbeschneidung in Wien und die Gründe.	<i>“What they are doing now for girls, for baby girls, they are using boiled water (...)” B10</i>
Alternativen	Alternativen zur Beschneidung, wie <i>vacation cutting</i> und kochendes Wasser und weshalb diese praktiziert werden.	<i>“They know in Austria it's clear, if you cut your daughter you can go to jail some years.(...)” B7</i>
Einstellungen in den Communitys	Einschätzungen oder Wissen über die Meinungen von Community-Mitgliedern in Wien.	<i>“Are you practicing circumcision for female child in Austria too? Are you doing it too?” (B9).</i>
Diaspora	Inwiefern FGM/C mit Personen im Herkunftsland besprochen wird, sozialer Druck über die Distanz besteht, möglicher Einfluss (einseitig, wechselseitig) stattfindet und welche Herausforderungen es dabei gibt. Ebenfalls wenn die Einstellungen von Personen im Herkunftsland oder die Ausübung im Herkunftsland geschildert wurden.	<i>„Ich habe ein bisschen Einfluss, Familie und Freunde hören zu (...)“ (B11)</i> <i>„White people had change your mind, that's what they will believe, but some will listen.” (B10)</i>

Einfluss	Wenn genannt wird, ob und auf wen Einfluss ausgeübt wird. Ebenfalls wenn der Glaube oder der Wunsch nach Einfluss geäußert wird. Auch auf die Frage, ob die Befragten in Wien in ihrer Meinung beeinflusst werden.	<i>“Nobody said it's not good, everybody accept it” (B10)</i>
Herausforderungen und Machtlosigkeit	Welche Herausforderungen es seitens der Befragten in Bezug auf die mögliche Beeinflussung hinsichtlich der Meinungsänderung in den Herkunftsländern gibt oder geben könnte.	<i>“FGM gehört zum Bekämpfen, sie können mir nie beeinflussen, das nicht, aber wie kämpfe ich (...)“ B3</i>
Druck	Sozialer Druck FGM/C nach der Migration auszuüben oder Druck seitens der Mehrheitsgesellschaft im Einwanderungsland	<i>„Sie werden sehr skeptisch, muss ich beweisen, dass ich bin nicht geändert, dann muss ich wirklich zum Beispiel Kopftuch tragen (...)“ B3</i>

Anhang IV – Body Maps

